UNIVERSITE DE PARIS V RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

Année 1973

THESE N° 76

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BRACONNIER ALAIN

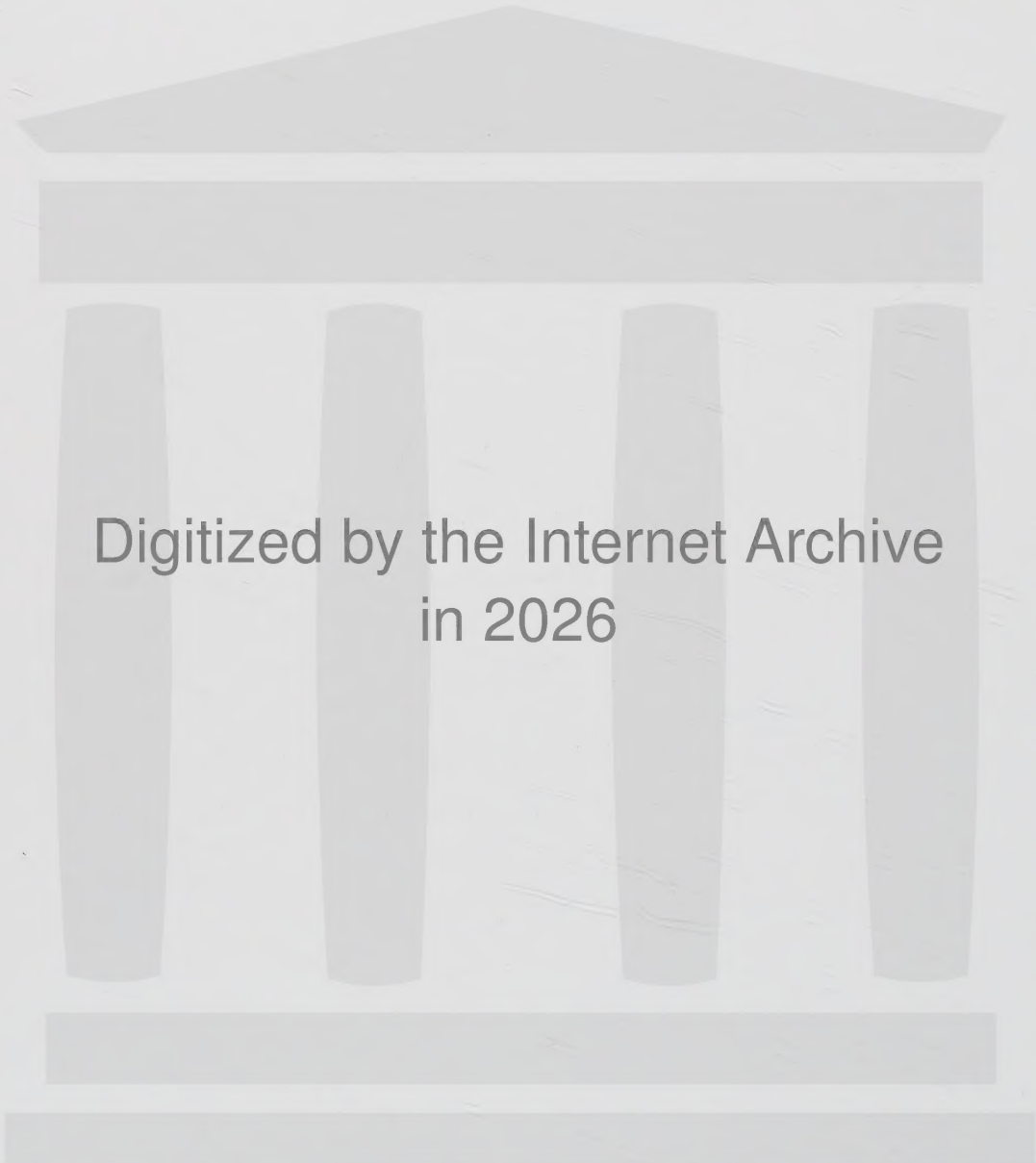
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

né le 21 Octobre 1942, au Perreux - sur - Marne (94)

TOXICOMANIES JUVENILES ET SUICIDES

Essai d'approche clinique et psychodynamique
à propos de 35 toxicomanes suicidants

PRESIDENT : Monsieur PICHOT Professeur


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543902_0028

UNIVERSITE DE PARIS V RENE DESCARTES

F A C U L T E D E M E D E C I N E C O C H I N P O R T - R O Y A L

Année 1973

T H E S E N°

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

P A R

B R A C O N N I E R A L A I N

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

né le 21 Octobre 1942, au Perreux - sur - Marne (94)

T O X I C O M A N I E S J U V E N I L E S E T S U I C I D E S

Essai d'approche clinique et psychodynamique à propos de 35 toxicomanes suicidants

PRESIDENT : Monsieur P I C H O T Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A TOUS LES MIENS

Avec toute mon affection

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PICHOT
Professeur de Psychologie Médicale

Qui m'a guidé et qui m'a fait l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse

En témoignage de mon profond respect

Au Docteur Claude OLIEVENSTEIN
Médecin Chef du Centre Expérimental Marmottan

Qui m'a suggéré le sujet de cette thèse et s'est toujours rendu disponible pour me soutenir dans sa réalisation.

Qu'il reçoive ici l'expression de tout mon attachement, mon admiration et ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN PIERRE SOUBRIER

Qui a bien voulu m'aider de ses précieux conseils.

A MADAME R. MENAHEM DOCTEUR ES LETTRES

Qui m'a facilité l'accès à certains éléments bibliographiques.

Qu'elle en soit ici remerciée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. JUILLET

En remerciement de l'accueil qu'il m'a réservé dans son service

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BORENSTEIN

En remerciements des conseils qu'il a bien voulu me prodiguer.

Avec toute ma reconnaissance

A MONSIEUR LE PROFESSEUR D.J. DUCHE

Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma déférente gratitude pour l'attention bienveillante avec laquelle il m'a accueilli et enseigné dans son service.

T O X I C O M A N I E S J U V E N I L E S

E T S U I C I D E S

Essai d'approche clinique et psychodynamique
à propos de 35 toxicomanes suicidants

EPICURE : " Il est ridicule de courir à la mort par dégoût de la vie, surtout quand la mort est devenue nécessaire par le genre de vie qu'on mène ".

W.BURROUGHS : " Les écrivains parlent de de l'odeur douceâtre et fièvreuse de la mort alors que le premier camé vécu, te dira que la mort n'a pas d'odeur, et en même temps qu'elle exhale une odeur qui coupe le souffle et fige le sang ..... ".

I N T R O D U C T I O N

Associer "Toxicomanies Juvéniles" et "Suicides", n'est pas sans poser d'emblée le problème d'un choix personnel et de ses limites : choix d'une tranche d'âge que nous situerons arbitrairement de quinze à vingt cinq ans renvoyant aux limites beaucoup plus floues de la jeunesse ; choix de deux signes parmi d'autres : Toxicomanies et Suicides (les auteurs s'intéressant à cette tranche d'âge aussi bien en France que dans les pays anglo-saxons auxquels nous nous sommes limités citent en outre, les difficultés ou déviances sexuelles, les actes délinquantiels et les fugues).

Ces différentes conduites sont considérées comme le souligne Ronald W MARIS (59) par les médecins, par les travailleurs de la santé ou par les travailleurs sociaux comme des conduites à composantes auto destructrices, plus rarement comme des conduites auto-thérapeutiques ; ceci pose ici à l'arrière plan le choix de la limite entre ce qui peut être "vie" et ce qui peut être "mort". Associer "Toxicomanies Juvéniles et Suicides", n'est donc pas sans significations passées, présentes et futures : passé collectif et individuel, actualité témoignant du champ plus vaste de la présence, futur posant l'angoissant problème de restituer le toxicomane suicidant, dans son champ biologique, dans le temps réel, maturations nécessaires pour lui apprendre que désirer, communiquer, vivre et vieillir est inéluctable et dans l'intemporalité de son inconscient.

Comment se pose le problème de cette association ?

De quoi s'agit-il, par qui et pour qui les questions sont-elles posées ?

Au cours de notre recherche, nous allons constater que les références envisagées, le matériel utilisé, les méthodes employées, les critères retenus sont disparates, mais ceci souligne l'intérêt que la réunion de ces deux symptômes soulève. Ceci nous conduira à faire un choix méthodologique orienté par l'incomparable expérience du Docteur OLIEVENSTEIN et notre propre confrontation depuis plus de trois ans, avec ces deux signes dans le cadre des hôpitaux, puis du Centre Expérimental Marmottan.

Nous allons donc envisager successivement la situation du problème et les différents domaines concernés, notre approche personnelle et la méthode de travail utilisée, les hypothèses étudiées avant d'exposer les cas cliniques partie centrale de notre étude. L'hétérogénéité et la complexité de ces manifestations cliniques, témoins de la dimension individuelle et de l'approche relationnelle du "toxicomane suicidant" et de son "thérapeute" dépassant ainsi le cadre d'une technique, seront

un obstacle à une synthèse où les discussions sur les différentes relations psychodynamiques soulèveront évidemment de nombreuses questions.

Les hypothèses de départ seront si possible justifiées et éclairées, permettant ainsi d'ouvrir les voies à d'autres recherches et d'utiliser les principaux éléments théoriques et les déductions pratiques contenues dans ce travail.

==========

P R E M I E R E P A R T I E

SITUATION DU PROBLEME, METHODE, HYPOTHESE

Avant d'exposer les cas cliniques, il apparaît utile d'étudier les travaux que nous connaissons sur notre sujet. Cela nous permettra en outre de délimiter et d'orienter notre recherche dans la voie que nous avons choisie.

SITUATION DU PROBLEME

Trois grands domaines paraissent concernés par notre thème étroitement intriqué avec le passage du rôle et du statut d'enfant au rôle et au statut d'adulte, qui intéresse bien évidemment les médecins psychologues, les psychanalystes, mais aussi comme le souligne OLIEVENSTEIN la "Cité" toute entière (63).

Premier Domaine : Politique, économique, psychosociologique.

Le type de symptômes auxquels nous nous intéressons touche certains représentants d'une catégorie sociale, la jeunesse, dont l'accès à la jouissance, le jeu avec ce que les adultes appellent la Mort et la revendication du pouvoir sont les demandes plus ou moins écoutées. En Janvier 1971, Madame ESCOFFIER-LAMBIOTTE choisit pour titres dans une série d'articles consacrés à la drogue chez les jeunes : la faim dans l'opulence, les formes de la dépendance, les poisons de l'esprit, la médicomanie, l'infanticide immédiat ; elle écrit : "Devant le vide ainsi créé et l'absence de toute motivation personnelle ou collective des jeunes, prisonniers d'un système dont ils ne peuvent admettre ni les moyens (la compétitivité) ni la fin (la sélection par le rejet des moins aptes à l'abstration intellectuelle), manifestent leur anxiété par un refus d'engagement auquel la drogue apporte à la fois l'ivresse de la fuite, le sel de la transgression et le vertige de la destruction". Cette déclaration s'appuie sur des statistiques montrant l'accroissement du nombre de toxicomanes en France et à l'étranger, l'accroissement parallèle du nombre des morts par l'héroïne et le fait que pour la première fois en France le suicide constitue en 1970 la cause de m o r t la plus fréquente entre vingt et vingt cinq ans.

Aux Etats Unis Kai ERIKSON (31) écrivait déjà en 1966 que les jeunes déviants (toxicomanes, suicidants, entre autres) résolvaient souvent les crises d'identité sociale pour la communauté non déviante en définissant le "territoire" de la normalité ; la déviance pouvant être inconsciemment favorable depuis que les frontières de la normalité ne gardaient tout leur sens que si elles sont plus d'une fois testées et défendues.

Pessimisme, optimisme de la Cité ?

Lors des entretiens de Rueil (30), sur le thème "Ivresse chimique et crise de la civilisation" en Mars 1970 des personnalités d'horizons différents (Sociologie, littérature, science, religion, médecine, journalisme, justice, politique) sont intervenus et plusieurs fois a été soulevé le problème de la relation entre la Toxicomanie et le suicide. Un des participants avait dit alors : "Mais j'aimerais savoir pourquoi en Bolivie par exemple, les patrons ou les grands de la moralité, n'ont jamais envoyé de policiers pour arrêter les ouvriers des exploitations qui se droguent en machant de la coca ? Si on le faisait, cela serait très ennuyeux parce que l'on permettrait à ces ouvriers d'atteindre un niveau de conscience tel, qu'ils jugeraient alors très vite intolérable la situation d'exploités misérables qui est la leur. Dans ce cas très particulier la drogue ne tue pas du tout".

A rapprocher de cette opinion, il faut citer les récentes études faites sur le coût de la Toxicomanie ou du Suicide pour la société dans un pays industrialisé : selon le bureau des narcotiques américains, il faut environ 5475 dollars de drogue par an pour un toxicomane moyen. En France il est prévu que les coûts de la drogue pour la collectivité se situeraient en 1976 entre 3,2 et 5 milliards de francs. Pour le coût économique du suicide une somme de 3 milliards de francs est avancée pour l'année 1970 par le ministère de la Santé. Le domaine politique et socio-économique est ainsi directement concerné.

Un rapport récent de la Commission des stupéfiants des Etats Unis dit : "Certains pensent que quiconque est libre de s'empoisonner si cela lui plait, et que, par conséquent, tout effort fait par la Société pour empêcher un toxicomane de s'adonner à son vice constitue une atteinte à la liberté individuelle. Bien entendu, c'est là une idée indéfendable dans une société moderne, dans laquelle un toxicomane non seulement se détruit lui-même, mais ce faisant, peut aussi porter préjudice à ceux qui l'entourent". Après ce que nous avons dit les raisons évoquées ici ne sont surement pas pour cette commission les seules.

Alain FOUCHET (37) élargissant le débat souligne le risque futur pour l'espèce humaine dans la manipulation des drogues et écrit : "Il convient de ne pas se leurrer sur la toxicomanie comme sur les autres symptômes de la maladie de la société, ce n'est que par un bouleversement des valeurs de la civilisation qu'on parviendra à un résultat. Comment prendre en main notre destin dans cette société, comment préparer concrètement l'avenir ? Voilà notre problème" .

Cette approche psycho-socio-politique souligne la fréquence de la relation établie entre la jeunesse, la toxicomanie et le suicide par tous les responsables de la Cité mais témoigne également de ce qu'à un niveau public cette relation peut soutendre entraînant forcément des présupposés idéologiques.

Second Domaine : Médico-psychologique

Là aussi "toxicomanies juvéniles et suicides" sont fréquemment associés. Notre recherche ne porte que sur les travaux de ces dix dernières années et nous commencerons par les travaux anglo-saxons que nous nous bornerons que citer avant de les commenter.

C.D. CHAMBERS et L. BRILL (18) étudiant le traitement de 7 toxicomanes aux barbituriques soulignent en avril 1971 que tous ces patients ont eu à un moment dans leur vie une crise leur faisant envisager sérieusement le suicide, mais deux seulement sur sept ont fait réellement des tentatives de suicide et selon les auteurs il s'agissait plus de crises que d'un processus.

Plusieurs auteurs, F.G. OSBERG (69), D.A. POND (75), A'BROOK M.F. (1), M.O. VINCENT (91), soulignent la fréquence de la toxicomanie et du suicide chez les médecins. BLACHLY, DISHER W. et RODUNER G. (11), ont écrit qu'il y avait une histoire de toxicomanie dans 67 % des suicides des médecins et dans 19 % des cas, il s'agissait d'une dépendance "sévère". Cependant ces constatations pour le corps médical sortent du cadre de nos toxicomanies juvéniles.

M.L. PECK et A. SCHRUT (89), ont fait une intéressante étude parue en février 1971, sur le comportement suicidaire des lycéens et pensent que deux interprétations psychodynamiques peuvent être proposées à propos des étudiants qui utilisent des drogues : la vieille interprétation faisant de l'usage de la drogue un équivalent suicidaire, et l'interprétation qu'ils préfèrent c'est-à-dire que la drogue permet de supporter la vie malheureuse, la toxicomanie étant le reflet et non la cause de l'attitude émotionnelle. Ils ne trouvèrent pas de différence dans l'utilisation du LSD et de la maribuana entre les lycéens "suicidaires" (qu'ils définissaient comme soit ayant commis un suicide, soit une ou plusieurs tentatives soit ayant eu des menaces ou des idées suicidaires les ayant conduits à un centre de soins ou à un conseiller pédagogique) et les non suicidaires. Cependant les lycéens suicidaires utilisaient plus de sommifères sans prescription médicale que les non suicidaires, de même que les lycéens qui se sont suicidés utilisaient les mêmes drogues que les autres lycéens, et ceux qui se sont suicidés et qui utilisaient des drogues avaient tous manifesté antérieurement à leur toxicomanie de sérieux problèmes psychiatriques.

Le problème des complications suicidaires de l'absortion de L.S.D. est soulevé par plusieurs auteurs. A.A. BAKER (5), à Londres trouve sur 73 cas admis à l'hôpital pour un diagnostic de toxicomanie au LSD en 1966 et 1967, 2 tentatives de suicide survenant au décours de la prise des hallucinogènes.

D.L. FARNSWORTH (33) écrit en septembre 1970 que la

fréquences des suicides chez les utilisateurs de drogues hallucinogènes n'est pas en gros significative malgré que ces dernières peuvent conduire au suicide par un épisode dépressif aigu, des impressions de toute puissance, une mégalomanie ou par conviction que la mort est nécessaire pour des raisons altruistes.

R.G. SMART et K. BATEMAN (87) mettant en doute les estimations de S. COHEN (0,4 /°°° suicide) pensent eux que les tentatives de suicide sont une importante complication de l'absorption du LSD.

M. ROSS (84) praticien exerçant en clientèle privée s'appuie sur une étude de D.X. FRIEDMAN à l'université de Chicago et une étude de PECK antérieure à celle citée plus haut pour affirmer qu'il y a peu de connection entre le LSD et les tentatives de suicide mais cite cependant une étude faite à NEW YORK qui indique que parmi 114 sujets ayant une moyenne d'âge de 23 ans 8,6 % avaient fait une tentative d'homicide ou de suicide après ingestion de L.S.D.

D'autres approches furent étudiées.

D. BUGLASS et J.W. Mc CULLOCH (15) firent une analyse quantitative portant sur une population de 33 femmes ayant été admises dans un Centre antipoison en Angleterre, entre Juin 1962 et juin 1963 pour des actes "auto destructifs". Ils trouvèrent sur 34 items, 11 items associés de façon significative chez ces sujets et parmi ces 11 items figurait une tentative de suicide antérieure, un diagnostic de toxicomanie et le diagnostic de psychopathie. Une autre étude faite dans un centre anti-poison mais celui-ci dans le Nebraska apprécie à 13 % les utilisateurs de drogue sur 1103 sujets étudiés de 6 à 18 ans (M.C. Mc INTIRE, C.R. ANGLE) (56).

R.W. MARIS (59) utilisa lui aussi des méthodes quantitatives pour appréhender entre autre le problème de la relation entre toxicomanies, tentatives de suicides, et suicides chez 70 femmes dont 48 firent des tentatives et 22 moururent. Il conclua que la toxicomanie a peu d'effets directs sur les tentatives de suicide, il écrit : "En outre ce n'est pas la déviance sexuelle, les problèmes matrimoniaux, l'abus de drogue qui aboutissent habituellement aux tentatives de suicide chez les femmes mais plutôt la réaction négative du public à ces évènements et à ces activités". L'auteur décrit une séquence d'intéraction aboutissant à la tentative de suicide ; cela débute par des "déviations primaires" variables dont la prostitution, l'abus de drogue puis des sanctions pénales, puis des sanctions plus sévères amenant à un vécu d'identité négative se traduisant par le fait d'être une putain ou une toxicomane, ceci aggravant la solitude et le manque d'espoir, pour aboutir enfin à la tentative de suicide, acte final de cette escalade de la déviance. Une grande partie de son argumentation est fondée sur la distinction entre le suicide et les conduites auto-destructrices comme l'abus de drogue et même les tentatives de suicides dont le nombre est

disproportionné par rapport aux suicides mortels ; ces conduites pouvant être pour l'auteur des mécanismes de défense du Moi.

De nombreuses études ont été faites sur les causes de mort chez les toxicomanes. Nous en reparlerons. Citons cependant la fréquence des utilisateurs des opiacés dans ces différents travaux.

J.D. SAPIRA, JC BALL et H. PENN (85), dénombrèrent 385 morts de toxicomanes aux narcotiques de 1935 à 1966 au "Lexington Hospital" 348 sur 34043 sujets de sexe masculin hospitalisés (1,02%) 37 sur 9172 sujets de sexe féminin (0,40%) parmi l'ensemble 13 étaient classés comme des suicides, soit 3,4%.

P. JAMES (50 bis), évalue le taux de mortalité au Royaume Uni parmi les héroïnomanes des deux sexes s'y adonnant à partir de sources illicites à 22 °/°° par an. Dans une étude de cet auteur portant sur 35 morts parmi 321 garçons s'adonnant à l'héroïne il cite 9 suicides, cette étude ayant été faite de 1955 à 1965. P. JAMES ajoute que des impulsions au suicide arrivent souvent pendant des périodes où la drogue n'est pas absorbée.

R. GARDNER (41), cite lui 20 suicides (12 %) 11 par overdose de la drogue utilisée ou non, 6 par pendaison, 3 par révolvérisation ou par le gaz parmi 170 utilisateurs d'opiacés décédés de 1965 à 1969 à Londres.

R.K. BOLIN et coll (6) en 1968 pensent eux que numériquement il n'y a pas de différence significative d'histoire de la toxicomanie entre un groupe de suicidants et un groupe de contrôle.

J.E. EDWARDS (29) et F.A. WITLOCK étudiant les suicides et les tentatives de suicides à BRISBAN capitale de l'état de QUEENSLAND en AUSTRALIE citent un travail effectué en 1967 montrant que 50 % des gens classés comme toxicomanes avaient fait des tentatives de suicides contre 19 % parmi des non toxicomanes.

C.M. ROSENBERG (80) en juin 1968 dans la nouvelle Galles du Sud apprécie à 52 % le nombre de toxicomanes ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide (sur 50 cas).

R. COCKETT (septembre 1970) (19), travaillant dans les prisons anglaises souligne la fréquence des tentatives de suicides chez les jeunes toxicomanes, ce qui pour lui est en faveur de la fréquence des états dépressifs chez les toxicomanes.

Nous terminerons cette rapide revue bibliographique des travaux anglo-saxons de ces dernières années par un travail

psychométrique (MMPI) effectué en 1971 par DE SANBORN, TM CASEY, G.D. NISWANDER (83) étudiant la relation entre 12 toxicomanes et 12 sujets faisant des tentatives de suicides de 18 à 25 ans. Les profils au MMPI sont fortement comparables. Des auteurs français dont nous reparlerons avaient fait entérieurement un travail similaire.

Les travaux anglo-saxons que nous avons recueillis appuient souvent leurs arguments sur des données quantitatives. La disparité des résultats n'est pas alors pour nous étonner, la définition des critères retenus, le matériel et les méthodes utilisées n'étant pas standardisées. Cependant comme le conclue en 1971 M. KAPPELMAN (51) professeur de pédiatrie à BALTIMORE, dans un article sur l'adolescence et ses dangers, la fréquence actuelle de la relation établie entre la jeunesse, la toxicomanie et le suicide est à souligner.

Avant d'aborder les travaux des auteurs français, nous voudrions citer des auteurs étrangers : un travail de BATTEGAY à BALE en 1965, qui étudia 58 toxicomanes suivis durant 5 ans ; parmi ceux-ci il dénombra 29 toxicomanes qui avaient fait au total durant ces cinq ans 74 tentatives de suicide. En 1970, un autre travail du même auteur (8) porte sur 88 toxicomanes, parmi ces derniers 50 % ont au moins une fois fait une tentative de suicide, un sujet s'est suicidé ; un autre travail de RETTERSTØL en 1965 (79) qui estime que la proportion de suicide chez les toxicomanes norvégiens était de 60 à 80 fois plus élevée que dans la population norvégienne.

Malgré que la vague de la "Toxicomanie Juvénile" soit apparue assez récemment en France un certain nombre de travaux sont déjà consacrés à ce sujet et entre autre à une association avec les autres suicidaires.

Lors du 12° colloque de Médecine de France consacré aux "facteurs épidémiques de dégradation du comportement chez les jeunes" formule du professeur DENIKER (23) les interventions ont associé la toxicomanie et le suicide comme symptôme prédominant de la jeunesse actuelle.

A. GORCEIX, N. ZIMBACCA, E. FOURNIER, et C. PIVA dans une communication à la société médico-psychologique en Mai 1970 rapportent un travail consistant à une étude psychométrique (MMPI) de 15 toxicomanes, sept garçons et huit filles (44). Ils déclarent : "Autant cliniquement la population précédente paraissait originale et différente de toutes celles qu'il nous a été donné d'étudier, autant les profils au M.M.PI évoquaient par certains aspects ceux que nous avions pu établir pour nos vastes populations de suicidants jeunes". Ils concluent que le profil des suicidants est dans l'ensemble moins pathologique que ceux des toxicomanes et que ce dernier se rapproche plus de celui des récidivants que de celui des primo-suicidants.

Ces conclusions précisent le travail américain cité plus haut.

En 1971, lors de la réunion du Groupement Français d'Etudes de Neuro psychopathologie infantile, le thème de réflexion porta sur "les conduites autodestructrices du jeune". J.P. SOUBRIER (88) déclara alors : "On ne peut aujourd'hui parler du jeune sans mentionner ou percevoir en filigramme le problème suicide ou le problème drogue " ....

Le suicide et la toxicomanie ont en commun leur caractère auto-destructeur, mais on n'a jamais encore relié ces deux phénomènes. P.E. FOURNIER (38) ajoute : "La comparaison entre les toxicomanes et les suicides tels qu'ils sont vus dans un service de toxicologie par un médecin non psychiatre pose plus de problèmes qu'elle n'en résoud" : problème de l'overdose, accident de parcours ou volonté de suicide, problème du diagnostic psychiatrique, problème de la mort chez l'adolescent. Ce qui distingue alors pour P.E. FOURNIER les suicidés et les toxicomanes, ce sont les appréciations des adultes, les significations apparentes des suicidés qui semblent plus variées et plus rationnelles que celles des toxicomanes er la "faible intensité de référence à la mort chez les toxicomanes". OLIEVENSTEIN (64) au cours de cette réunion déclare alors : "Le seul point commun de ces deux conduites est le refus de l'existence telle qu'elle est vécue, et le désir de ne pas jouer le jeu des adultes .... La négation et l'autodestruction ne sont pas les problèmes condamentaux du toxicomane qui avant tout recherche le "plaisir".

A. GORCEIX (45), aborde dans un autre travail la relation de la toxicomanie et du suicide à travers trois "références ontologiques" le corps, le temps et la mort : si le corps du suicidant est une fin en soi, le dernier outil manipulable, le corps du drogué demeure à l'image du nôtre, le lieu du passage et de l'échange. Si le temps du suicidé est la rupture, le temps pour le drogué est la "poignante répétition". Si la mort pour le suicidant est la "conclusion", la mort pour le drogué est la "rencontre imprévue". L'unité entre ces deux conduites peut se situer pour cet auteur au niveau d'une "certaine transcendance qui serait transgression dans la drogue et dans le suicide trépas". L'approche "esthétique" et littéraire du Pr GORCEIX ne se fait pas à notre avis aux dépens d'une "vérité scientifique" toute subjective. Nous aurons au cours de ce travail l'occasion de reprendre ces références.

Plus récemment GAULTIER M et coll (41 Bis) écrivaient : "Si la volonté de destruction est évidente dans les deux cas, (Toxicomanie et Suicide), les problèmes posés au clinicien sont bien différents et méritent un abord séparé de ces deux types d'auto-intoxication".

Enfin dans la brochure publiée par le Ministère de la Santé en Juin 1972 pour la lutte contre la drogue, une enquête de l'Inserm portant sur 531 fiches d'information sanitaire recueilli en 1971 en France, le nombre de tentatives de suicide

chez les sujets drogués (sur 484 réponses) est de 80 soit 16,5 % de sujets, 48 premières tentatives, 16 deuxième, 8 troisième, 6 quatrième, 2 cinquième. L'âge des sujets ayant tenté de se suicider se répartit ainsi : 4 de 14 à 17 ans inclus, 54 de 18 à 24 ans, 14 de 25 à 29 ans, 6 pour 30 ans et plus. Nous retrouverons ici la notion de "période féconde" pour les tentatives de suicide souvent signalées par le suicidologue variant selon les auteurs mais allant en général de 16 à 24 ans avec un sommet entre 16 et 19 ans.

Le sujet est donc en France d'actualité et il semble que jusqu'à maintenant les auteurs se soient essentiellement intéressés au problème de la personnalité du toxicomane, de son attitude ambivalente vis-à-vis de la mort comme l'ont souligné COLONNA (20) et HANUS (50) qui se sont référés l'un et l'autre à des concepts psychanalytiques.

Troisième Domaine : psychanalytique.

FREUD (39), le premier dans "Deuil et Mélancolie" associe la manie et la toxicomanie ; les travaux psychanalytiques suivants ont souvent soulignés les similitudes entre la toxicomanie et les états maniaco dépressifs. RADO (78) rattacha les manifestations dépressives intenses secondaires aux frustrations, à l'importante disposition narcissique des toxicomanes. KIELHOLTZ (52) reliant également le narcissisme à la toxicomanie souligna le risque de suicide après l'intoxication, l'instinct de mort se tournant contre le moi à la suite d'un clivage entre le moi idéal et le moi du sujet.

FENICHEL (36) fit allusion à l'urgence du besoin chez le toxicomane et à l'échec pour le satisfaire. SIMMEL (86) pensa que la drogue conduisait à une sorte de "manie artificielle" et qu'elle impliquait un "suicide chronique".

FEDERN (35) et surtout plus récemment H. ROSENFELD (81) se sont situés dans cette lignée ; ce dernier écrit : "Dans mon étude psychanalitique de la toxicomanie j'ai trouvé une étroite connexion entre cette maladie et les états maniaco-dépressifs, mais non point d'identité. Le drogué utilise les mécanismes maniaco-dépressifs qui se trouvent renforcés par la drogue et, par conséquent, altérés par l'intoxication. Le Moi du toxicomane est faible, n'a pas la force de supporter la souffrance d'une dépression et a facilement recours à des mécanismes maniaques, mais la réaction maniaque ne peut se réaliser qu'à l'aide des drogues, parce que sa production nécessite une certaine force du Moi. La faiblesse du Moi des intoxiqués étant liée à la gravité du processus de morcellement du Moi". Pour cet auteur les mécanismes de la manie (idéalisation, identification à un objet idéal, contrôle tout puissant des objets totaux ou partiels) sont utilisés pour réfréner les "angoisses paranoïaques" de l'intoxiqué. GLOVER (42) avait déjà insisté sur la fonction

défensive de la toxicomanie, mais dans une interprétation quelque peu différente ; la drogue était pour lui une substance à propriété essentiellement sadique, n'exerçant son pouvoir que lorsqu'elle était intériorisée : "la situation pourrait représenter une transition entre le sadisme externalisé et menaçant du système paranoïde et le sadisme internalisé du système mélancolique".

H. ROSENFELD (81) accorde "également et souvent" à l'absorption de drogue une signification dépressive, la drogue symbolisant alors un objet mort ou malade que le patient tend à introjecter par sentiment de culpabilité".

Manie et dépression semblent donc des repères cliniques de comparaison pour une théorisation psychanalytique de la toxicomanie.Ces repères parmi d'autres (oralité, narcissisme, aggressivité) nous semblent tout particulièrement intéressants pour la relation qui nous intéresse dans ce travail.

En FRANCE, deux psychanalystes se sont plus particulièrement intéressés à la toxicomanie juvénile et à sa relation avec le suicide. LEBOVICI (53) a insisté sur l'importance des éléments dépressifs qu'il a rencontré chez les jeunes toxicomanes et décrit un cercle vicieux qui mène du besoin à la culpabilité, de la culpabilité à la dépression au besoin. Il rappelle également les travaux psychanalytiques récents de Gérard MENDEL, de MITSCHERLICH et d'André STEPHANE, sur les conditions actuelles des relations entre les adolescents et leurs parents et en particulier de la difficulté d'identification paternelle que l'on rencontre souvent dans la psychopathologie de l'adolescent.

BAILLY-SALIN (2) privilégie lui trois aspects chez les toxicomanes actuels : les aspects corporels du symtôme drogue, le phénomène d'évitement de la relation érotique, la dimension ascétique, cette dernière l'amène tout naturellement à partir du caractère répétitif et de la fausse abolition du désir chez les toxicomanes à soulever le problème de l'instinct de mort : "En réalité dans la pratique de la drogue cette quête narcissique est une néantisation de la réalité de soi et de son désir. C'est peut-être ce qui nous fait le mieux sentir ou pressentir dans la fausse abolition du désir, ce qu'est l'instinct de mort en chacun de nous ....L'intensité et la loyauté de la démarche anéantissante dans la recherche de leur Moi authentique ne peut que nous renvoyer à nos justes mais modestes prudences dans des quêtes assez parallèles qui ont été nos propres analyses".

Ce concept de pulsion de mort est à l'origine de la notion de suicide inconscient, de conduite suicidaire et de conduite d'auto-destruction, auquel la toxicomanie est souvent rattachée.

BELA GRUNBERGER (9) en décrivant la position thanatotrope "rejoint cette opinion" : "Nous retrouvons en

effet la position thanatotrope dans des affections très différentes .... Le suicide du mélancolique découle d'une constellation topique particulière .... ses équivalents devront être recherchés non pas parmi d'autres variétés de suicide (étude verticale) mais parmi des positions pathologiques souvent cryptiques ayant le même thanatropisme particulier, aboutissant à un excitus sur un mode ou un autre, mais d'une façon toujours prématurée (étude horizontale) ... nous serions tentés de reprendre sous cet éclairage l'étude de nombre d'entités cliniques .... en passant par la tuberculose et toxicomanies".

A. HAIM (49) souligne à ce propos dans son livre "les suicides d'adolescents", la variation des opinions selon les auteurs.

Enfin P. MALE (57) traitant de la psychopathologie de l'adolescence attribue la cause prépondérante de la fugue, de la délinquance , de la drogue et du suicide chez l'adolescent à un état de morosité qui manifeste un refus d'investir le monde, les objets, les êtres et à un "manque de ravitaillement" affectif et la nécessité chez certains sujets de remonter à des conflits très archaïques pour résoudre les problèmes d'adaptation sociale.

A partir des travaux psychanalytiques, il semble donc également justifié d'associer et d'étudier la relation "toxicomanies juvéniles et suicides" : Michel HANUS peut en partie résumer la position psychanalytique : "le toxicomane partage avec le cyclique la dépression, sa pulsion de mort et son mécanisme de défense maniaque, mais s'en sépare au niveau du Surmoi. Le toxicomane devient déprimé parce que son Surmoi lui interdit d'exercer sur autrui son agressivité et son impulsivité, et qu'il ne peut que la retourner contre lui, mais d'autre part, il échappe à son Surmoi par le fait de la transgression en cherchant son plaisir dans la drogue, tabou social interdit". Nous aurons l'occasion de reparler de ces différents concepts.

Que l'approche soit politico-sociologique, médico-psychologique ou psychanalytique la question des "Toxicomanes juvéniles" comme conduite d'autodestruction est soulevée et pourtant OLIEVENSTEIN a déclaré en septembre 1971 : "Il y a un désir qui me paraît fondamental, il est peut-être moins au niveau d'un plaisir que d'un refus (c'est Edith MILNER qui le dit) : c'est le refus fantastique de la mort, c'est ça qui oppose le toxicomane au suicidant" (65).

COMMENTAIRES

Ce rapide rappel bibliographique permet de vérifier la véracité de l'opinion d'OLIEVENSTEIN lorsqu'il dit que toute la CITE est concernée : journalistes, hommes politiques, sociologues, psychosociologues, médecins, psychologues et psychanalystes prennent position quant à la question. Mais à partir de la justaposition de ces différents avis, il est apparu combien deux symptômes "toxicomanies" et "suicides" comportaient des significations différentes selon les auteurs, leurs exercices sodoprofessionnels et leurs références. Nous nous heurtons évidemment à la difficulté de passer d'un signe qui appartient au jugement, à un symptôme qui dépend des sens. Notre travail nécessite cependant des définitions séméiologiques.

Pour la définition des "toxicomanies juvéniles" nous renvoyons à un autre travail (13) et nous choisissons la formulation "d'attente" d'OLIEVENSTEIN : "Nous considérons comme toxicomane quiconque qui à partir d'un produit de base fait l'escalade vers un autre produit ou d'autres produits et ou l'utilise quasi quotidiennement". Les travaux que nous avons cités précédemment utilisent des définitions variables mais peut-être cependant moins disparates que pour les "Suicides".

Pour ces derniers les différents auteurs ont utilisé les termes de geste suicidaire, d'acte suicidaire, de tentative de suicide, de suicide décès, de suicidant, de suicidé et même d'idée de suicide. HAIM avait déjà souligné la difficulté d'une définition et nous renvoyons là encore à son livre "les suicides d'adolescents". Lors d'un colloque sur la prévention du suicide en mai 1972 la question a évidemment été soulevée, le professeur PICHOT proposant entre autre le terme de "parasuicide" (73). Dans les cas cliniques que nous allons citer, étant donné notre méthodologie, il nous a paru également nécessaire de définir séméiologiquement l'acte suicidaire sans présager de ce que nous entendons par le terme de "Suicides". L'acte suicidaire aura donc un sens restrictif et sera défini par une "tentative de mort, réussie ou non, avec l'intention de se la donner". Car, comme le dit le Professeur DUCHE : "le geste suicidaire est la seule chose qui compte, son succès ou son insuccès étant le fait de facteurs parfaitement contingents" (27). Nous emploierons donc les termes de tentative de suicide et de suicide pour la description clinique de nos patients appelés alors "suicidants" dans un sens limitatif, sous tendant par ailleurs la notion d'intentionnalité avec les difficultés que cela comporte (notre propos n'étant pas de discuter de la validité d'une telle définition pour envisager les "Suicides").

Si nous venons d'aborder la question en nous demandant par qui était soulevée la relation "Toxicomanies et Suicides" nous pouvons dès maintenant tirer quelques grands axes sur la question du "comment". Si dans le premier domaine les présupposés idéologiques transparaissent clairement, dans

le second et le troisième la question de la Mort jette un voile sur les désirs personnels de chacun à travers ce qu'il est habituel d'appeler la relation thérapeutique et il est difficile de ne pas figer en images les différents protagonistes. Les présupposés idéologiques seront remplacés par des présupposés thérapeutiques scientifiques ou théoriques.

La façon d'aborder le problème est elle aussi significative allant du plus général au plus singulier, les réponses seront quantitatives (nombre de toxicomanes ou de suicidants par an, dans telle population, dans telle institution, nombre de morts, étude statistique des causes etc...) cliniques (études nosographiques, analyses séméiologiques, portraits psychologiques etc ...) et psychodynamiques (étude de l'extériorisation et de l'intériorisation des conflits, représentation des pulsions etc ...) Cette constatation est à rapprocher de notre démarche personnelle où nous nous sommes souvent demandé comment aborder le problème de cette relation entre "Toxicomanies" et "Suicides". Plusieurs questions nous sont venues à l'esprit :

- La Toxicomanie et les actes suicidaires surviennent-ils chez les mêmes malades ?

Pour cela on pourrait comparer en corrélant les résultats une population de suicidants, de toxicomanes et de gens n'ayant pas manifesté au moins un de ces deux symptômes. (C'est ce qu'ont partiellement fait WHITLOCK, GORCEIX, SANBORN, FOURNIER).

- Les drogués font-ils plus d'actes suicidaires que les non drogués ou les suicidants se droguent-ils plus que les non suicidants ? (cf. les travaux de CHAMBERS, de PECK, de MARIS, de BOLIN, d'EDWARDS, de ROSENBERG, de Mc INTIRE, de COCKETT, enquête de l'INSERM).

- Certaines drogues aboutissent-elles plus spécifiquement au suicide ou à la mort (cf les travaux de S. COHEN, de BAKER, de FARNSWORTH, de VINCENT, de ROSS, de FRIEDMANN, de PECK sur le LSD et de SUPIRA, de JAMES, de GARDNER, d'ESCOFFIER LAMBIOTTE, sur la mort,en particulier, des héroïnomanes).

- La toxicomanie et le suicide surviennent-ils chez certains types de personnalités ; PECK nous l'avons vu a remarqué que les lycéens suicidaires qui utilisaient des drogues avaient eu des problèmes psychiatriques avant l'utilisation de ces drogues. BUGLASS souligne la fréquence du diagnostic de psychopathie associé à la tentative de suicide et à la toxicomanie. MASTERSON J.F. (60) dans un article consacré au diagnostic et au traitement du syndrôme "borderline" chez les adolescents cite comme symptôme majeur la toxicomanie et le suicide. Nous avons étudié les comparaisons de certains psychanalystes entre la toxicomanie et alors son corollaire toujours possible de suicide avec la psychose maniaco-dépressive.

- Enfin, la toxicomanie est-elle une conduite d'auto-destruction. PECK, K. ERICKSON, MARIS, GORCEIX, OLIEVENSTEIN, ne le pensent pas, SIMMEL, BAILLY-SALIN, BELA GRUNBERGER, SOUBRIER penchent plus volontiers pour cette hypothèse. Nous renvoyons à ce propos à une thèse qui vient d'être écrite par notre collègue F. CAROLI (17).

Nous ne pensons pas avoir délimité les questions qui peuvent être traitées sur ce sujet, mais cela nous amène à expliciter notre choix.

M E T H O D O L O G I E

Nous avons choisi d'étudier parmi une population de toxicomanes, ceux qui étaient suicidants, ces deux termes toxicomanes et suicidants étant définitifs comme nous l'avons envisagé plus haut.

De quelle façon avons-nous appréhendé le problème ?

Comme nous l'avons dit dans l'introduction c'est à partir de l'expérience d'OLIEVENSTEIN, que nous avons pu effectuer ce travail. Cette étude porte en effet sur les 35 toxicomanes qui parmi les 340 premiers cas suivis par OLIEVENSTEIN et son équipe ont fait au moins une tentative de suicide. Travaillant avec celui-ci depuis plus de trois ans, nous avons eu l'occasion d'en connaître quelques-uns mais pas tous. Nous avons donc recueilli les données que nous allons présenter, au cours d'entretiens avec ces garçons et ces filles, lors de confrontations avec les différents membres de l'équipe, accueillants, assistantes sociales, infirmiers, secrétaires, médecins, au cours de discussions decà et là avec OLIEVENSTEIN, complétées par une enquête systématique sur chaque sujet qui nous intéressait portant sur la symptomatologie clinique et la relation psychothérapique qui avait été entreprise par celui-ci. Insistant sur l'étude longitudinale de chaque sujet, nous avons été amené à en distinguer deux catégories :

Celle ou soit les sujets n'ont été vus qu'épisodiquement (au cours de cure de sevrage ou d'entretiens irréguliers) sachant que lorsqu'on s'occupe de toxicomanes, l'irrégularité de la relation est un des principaux handicaps, soit que la durée de la psychothérapie a été inférieure à un an. Cette catégorie comporte 20 sujets.

Celle où les sujets ont entrepris une psychothérapie pendant plus d'un an et ceci de façon régulière, le recueil des données étant alors dans son contenu beaucoup plus fructueux pour une étude que nous désirerions donc clinique et psychodynamique, limités en cela par les moyens que nous avions. Cette catégorie recouvre 15 sujets.

La méthode que nous avons utilisée comporte des limites :

. Le petit nombre de sujets étudiés (35)
. Le recueil des données qui est forcément parcellaire et fragmentaire par rapport au développement et à l'étude d'une seule relation psychothérapique ou psychanalytique ou par le thérapeute lui-même. Notre approche autorise par contre des comparaisons interindividuelles, permettant une ébauche de théorisation, débouchant si possible sur une praxis.
. Les définitions restrictives que nous avons utilisées.
. La subjectivité des résultats
. Le manque de recul par rapport à ces cas, beaucoup étant encore en relation thérapeutique.

Il nous a cependant semblé, comme nous allons le voir, que cette méthode permettait de soulever un certain nombre d'hypothèses quant au problème de la relation "toxicomanies juvéniles et suicides".

H Y P O T H E S E S

Trois hypothèses sous tendent donc notre travail :

I - CHEZ UNE MEME PERSONNALITE LES CONDUITES TOXICOMANIAQUES ET SUICIDAIRES ONT DES "SIGNIFICATIONS" A LA FOIS SEMBLABLES ET DIFFERENTES.

2 - CES RESSEMBLANCES ET CES DIFFERENCES SONT EN RELATION ETROITE AVEC "L'HISTORICITE" DU SUJET.

3 - L'ASSOCIATION DE CES DEUX SYMPTOMES PERMET DE DEGAGER DES RELATIONS PSYCHODYNAMIQUES "PRIVILEGIEES" ET COMMUNES CHEZ LES SUJETS ETUDIES DEBOUCHANT SUR DES PROPOSITIONS THEORIQUES EN PARTICULIER EN CE QUI CONCERNE LA DEPRESSION ET LA PULSION DE MORT, ET PRATIQUES EN CE QUI CONCERNE LA CONDUITE A SUIVRE CHEZ LES TOXICOMANES SUICIDANTS.

C O N C L U S I O N

A partir de l'actualité de la question dans le cadre de la crise contemporaine de la jeunesse et la multiplicité des possibilités d'approches, politiques, économiques, sociologiques, médico-psychologiques et psychanalytiques, nous avons choisi d'étudier l'association de ces deux symptômes chez un groupe de sujets les manifestant tous les deux à la fois au cours de leur vie permettant ainsi de comparer longitudinalement les symptômes et les sujets ; cette étude s'appuie sur des cas cliniques dont les données furent recueillies au cours d'une relation psychothérapique ou d'entretiens plus ou moins irréguliers en vue de dégager des significations cliniques et psychodynamiques.

D E U X I E M E P A R T I E

L E S C A S C L I N I Q U E S

Nous allons étudier tout d'abord les vingt premiers cas où l'irrégularité qualitative et quantitative des entretiens ou de la relation thérapeutique a permis une approche plus clinique que psychodynamique.

CAS I - A .....

Cette jeune française née d'un père algérien qui a quitté le domicile familial lorsque sa fille avait 2 ans est une polytoxicomane qui arrêta sa scolarité en 4ème et commença par fumer du haschich à l'âge de 17 ans 1/2 ; elle se fixa ensuite rapidement à l'héroïne.

Fille unique, elle a vécu avec une mère très anxieuse jusqu'à 15 ans âge auquel elle s'est mise à fuguer, à commettre des actes délinquantiels, menant une vie de psychopathe. La rencontre avec la drogue s'est faite dans ce contexte l'amenant rapidement à ne vivre que pour la "piquouze". Sa première tentative de suicide par overdose d'héroïne eut lieu vers l'âge de 21 ans après un voyage en Afganistan qui représentait fantasmatiquement le pays où elle pouvait rencontrer son père. Le retour en France et la prise de conscience de l'échec de ce voyage sont à associer à l'épisode dépressif aigu qui l'amena à cet acte suicidaire. Ce geste fut pour elle l'occasion de prendre conscience de sa dépression, de son destin, de l'impossibilité de retrouver celui qui lui avait donné son nom, ce qui aggrave la toxicomanie, et également le sentiment qu'elle ne pouvait s'en sortir.

Sa deuxième tentative de suicide eut lieu un an plus tard par overdose d'héroïne dans un climat dépressif essayant de décrocher, disant que la toxicomanie ne la "menait nulle part" et que le suicide était la "fin".

A la suite de cette seconde tentative de suicide elle décida à nouveau de faire la route mais avec un garçon auquel elle s'était attachée après ce geste, passionnée pour ce dernier qu'elle idéalisait massivement. Elle ne fumait plus alors que du haschich.

A.... a été suivie très épisodiquement par le Dr OLIEVENSTEIN ; verbalisant peu, il s'agissait d'une relation de soutien dans laquelle les éléments les plus apparents étaient la difficulté de triangulation parentale plus ou moins marquée par des conduites vécues comme un évitement culturel et peu à peu culpabilisées.

La toxicomanie représentait en fait la transgression culturelle, le suicide, la nostalgie de plus en plus intense, de la relation privilégiée avec sa mère, impossible à réaliser par la défonce, mais que le flash lui faisait entrevoir : " c'est le seul moment où j'ai l'impression qu'on m'a toujours aimée "

L'histoire d' A.... fait apparaître des éléments plus complexes : derrière la façade psychopathique initiale sommeillait une recherche éperdue d'un père représentant dans ses associations fantasmatiques, l'objet idéal, l'objet inter-

dit et l'objet d'amour. La tension engendrée par cet investissement associatif l'amenait à répéter par le flash, la relation fusionnelle avec la mère qui signifiait également la transgression à l'égard du père. Cette ambivalence à l'égard de l'image paternelle, réactivée lors de la prise de conscience de la disparition du père (retour de voyage, échec de la fonction fantasmatique de la drogue), et alors d'autant plus culpabilisée par cette même fonction, la déprimait.

Il faut noter que le moyen utilisé dans les tentatives de suicide était l'overdose de la drogue utilisée pour se défoncer (la première tentative de suicide renvoyant à un sentiment d'échec, la seconde à un désir d'en finir).

L'évolution de cette jeune fille dépendra vraisemblablement de la relation avec ce garçon dont la rencontre a occasionné la diminution très nette de la toxicomanie, mais dont l'idéalisation souligne la fragilité.

A..... n'a pas fait de tentative de suicide lors de sa période psychopathique, son premier geste suicidaire a mis un terme à sa lune de miel toxicomaniaque, période agréable durant laquelle toute son existence était alors centrée sur le toxique.

Cas 2 - V.....

V.... actuellement âgé de 21 ans, d'un niveau intellectuel moyen (fin secondaire), était suivi par un psychothérapeute extérieur au service et les différentes rencontres qu'il a eues avec nous lui permettaient le plus souvent de ne pas verbaliser à la "personne privilégiée" son agressivité.

Ayant commencé à fuguer vers l'âge de 16 ans, arrêté sa scolarité, commis quelques larcins, il débuta sa polytoxicomanie un an plus tard avec une prédilection pour l'opium en intraveineuse, dans un climat communautaire, recherchant alors un groupe d'accueil. Sa première tentative de suicide par overdose de Nembutal à l'âge de 19 ans fut en relation avec le départ d'une petite amie qui vivait avec lui dans une atmosphère sub délirante.

A la suite de cet épisode la toxicomanie se modifia peu mais V.... se désinséra progressivement. Un an plus tard dans les mêmes conditions, départ d'une fille et angoisse psychotique, il se fit alors une overdose d'éther qui l'amena dans notre pavillon de l'hôpital psychiatrique. A la suite de celle-ci la toxicomanie diminua et quelques mois plus tard, il fit une troisième tentative de suicide à nouveau par overdose d'éther que l'on peut interpréter comme une demande d'hospitalisation devant la menace de rechute de sa toxicomanie. Nous ne savons pas ce qu'il est devenu.

Benjamin d'une famille de 3 enfants (2 soeurs ainées, ni toxicomanes, ni suicidaires), son père éthylique, démissionnaire était ouvrier, sa mère en conflit très net avec ce dernier, portant la culotte, rejettait beaucoup notre patient. La difficulté d'identification paternelle était importante et malgré une sexualité apparemment satisfaisante, le sentiment d'une "non virilité" était à retenir chez ce sujet. Si les tentatives de suicide étaient à rapprocher de ces constatations, la toxicomanie semblait être la fuite d'un déplaisir beaucoup plus profond comme le témoignait le risque de morcellement du Moi à chaque perte d'objet.

Ce qui est à retenir chez V ... est le début psychopathique de la symptomatologie avec la recherche d'un groupe d'accueil apparaissant comme la manifestation d'une crise d'adolescence dans un climat de réactivation des conflits oedipiens. Mais la désorganisation engendrée par la dépression en relation avec la perte d'un objet positivement investi met à jour les moyens dépressifs utilisés contre la désorganisation psychotique ; la toxicomanie ayant elle aussi cette fonction défensive, les tentatives de suicide étant elles les manifestations de l'échec de ces défenses.

Cas 3 - T.....

" Zonard " de St Germain, T.... est un polytoxicomane (haschich, L.S.D., éther, amphétamine et surtout artane) qui ne s'est jamais "fixé". Ayant commencé par fuguer et faire quelques vols utilitaires, vers l'âge de 17 ans, il a commencé à se droguer quelques mois plus tard. Sa première tentative de suicide par absorption polymédicamenteuse semble s'être produite quelques mois plus tard au cours d'un état délirant sous artane et amphétamine, cherchant par ce geste à fuir ses hallucinations terrifiantes. Après cet acte, il diminua sensiblement sa toxicomanie et fut suivi pendant un an en psychothérapie.

Fils unique d'un père ouvrier alcoolique ayant peur de ses responsabilités et d'une mère femme de ménage très anxieuse prenant des tranquillisants, T... a obtenu le certificat d'études puis a fait de nombreux emplois (manutentionnaire, ouvrier boulanger, livreur, etc ....) la fragilité de son identité s'est particulièrement manifestée lorsqu'au cours d'un bref séjour en prison on lui coupa les cheveux, ce qu'il ressentit comme une profonde blessure, entraînant une angoisse de dépersonnalisation, ne reconnaissant plus son corps et présentant depuis ce moment un état dépressif sévère (ceci survint quelque temps après sa première tentative de suicide). Verbalisant peu, la pauvreté de ses fantasmes était manifeste, et on avait l'impression d'une lutte constante contre l'envahissement psychotique du moins au début de la relation thérapeutique, et sans doute antérieurement ; puis peu à peu, dans un climat dépressif, apparut une certaine culpabilité et la construction d'une instance surmoïque qui s'intériorisa ; alors qu'il était très normatif pour les autres il en prit conscience et ressentit quelque chose qui pouvait représenter ses propres interdits.

T.... ne ressentait du plaisir que dans des relations homosexuelles très idéalisées, et qui elles aussi peu à peu furent culpabilisées. Ayant arrêté sa relation thérapeutique il y a quelques mois, sans que l'on puisse expliciter cet acting, il aurait récemment fait une seconde tentative de suicide.

Cas 4 - N.....

La symptomatologie apparente de cette jeune fille actuellement âgée de 20 ans a débuté par une tentative de suicide par absorption médicamenteuse à l'âge de 15 ans, réactionnelle à la séparation de ses parents. Vivant alors avec sa mère, elle fit quelques fugues, mais continua ses études secondaires jusqu'au baccalauréat qui fut selon la malade l'origine de la seconde tentative de suicide par le même mode, dans un climat selon elle de désarroi et de panique devant cet examen, "qu'elle devait pour elle-même réussir". Ce deuxième geste suicidaire l'angoissa fortement et un désinvestissement progressif des gens qu'elle cotoyait apparu avec un sentiment de dépersonnalisation survenant par accès. C'est dans ces circonstances qu'elle rencontra la drogue, fuguant de chez elle et recherchant un milieu qui l'accepte. Elle se fixa rapidement aux amphétamines et à l'héroïne, vivant assez intensément le flash qu'elle présentait comme une fonction d'évitement de la relation hétéro-sexuelle qu'elle n'avait jamais pu réaliser préférant quelques relations homosexuelles sans grand plaisir.

Une troisième tentative de suicide par absorption médicamenteuse survint récemment après un sevrage à l'hôpital psychiatrique dans un climat de tristesse et de dévalorisation de sa propre personne, honteuse de sa vie et très agressive à l'égard de son père. Le thérapeute retient de l'ébauche de relation qu'elle a entrepris avec lui (3 mois) une impression de flou dans l'identité et l'identification de cette jeune fille qui s'est actuellement raccrochée à l'héroïne.

Le désir incestueux de cette fille à l'égard de son père était à peine refoulé, mais ce qui est plus intéressant c'est qu'il renvoyait au fantasme d'inceste avec la mère qui apparut au cours de la courte relation thérapeutique disant que juste avant le flash elle voyait toujours celle-ci.

La fonction anti-psychotique et par là même antidépressive de la drogue est chez cette jeune fille caractéristique comme le témoignent les circonstances de ses tentatives de suicide (conflit primaire insupportable pour la première tentative de suicide ; idéal du moi, mis en cause, faisant apparaître la fragilité narcissique pour la seconde, tentative entraînant le recours à la drogue et pour la troisième tentative échec de ce recours).

Cas 5 - T.....

Actuellement âgé de 23 ans T.... ne s'est jamais défoncé depuis six mois ce qui n'était pas arrivé depuis longtemps. Fils de parents alcooliques, ouvriers tous les deux, ayant deux frères et deux soeurs ni toxicomanes, ni suicidaires, il est le 3ème, T.... a commencé à fuguer vers l'âge de 15 ans après avoir obtenu son C.E.P. Il a mené alors une existence de psychopathe, semblant en fait souvent exploité par ses copains ou des ainés qui profitaient de son besoin insatiable de se faire valoir ; il a alors commencé à se droguer et on peut dire qu'il a pris toutes les drogues possibles et imaginables qui lui tombaient sous la main.

Les premières démonstrations suicidaires impulsives remontent également à cette époque, se taillant les veines ou prenant des cuites médicamenteuses à la moindre déception, l'amenant parfois dans des états graves à l'hôpital. Très anxieux la toxicomanie devint le moyen apparent de ne pas ressentir cette anxiété de plus en plus désorganisante, les tentatives de suicide (5) "de plus en plus sérieuses", survenaient alors dans les moments de désespoir où il disait qu'il avait le choix entre la folie, la défonce et la mort. Suivi plus ou moins régulièrement par notre équipe, les relations ont toujours été superficielles, un changement important est survenu lorsqu'il a rencontré une infirmière, elle-même toxicomane, mais qui a permis à ce garçon de ne plus se sentir seul. Il a alors commencé à diminuer son abus, n'a plus fait de tentavives de suicides et a même complètement arrêté de se défoncer récemment.

Chez ce garçon si les premiers gestes suicidaires et le début de sa toxicomanie semblent s'être passés dans un même climat d'instabilité et d'angoisse diffuse ne pouvant subir la moindre frustration, ne pouvant attendre, par la suite, il semble y avoir eu un balancement entre la toxicomanie, moyen de ne pas ressentir toutes ses angoisses, et de vivre dans un nuage mégalomaniaque, et les tentatives de suicide survenant à des moments où il prenait conscience de ses limites qu'il ne pouvait accepter.

Cas 6 - F....

Ce garçon sort un peu du cadre de notre étude, par son âge et par le fait qu'il présentait une névrose obsessionnelle caractéristique.

F.... a été amené à la "came", vers l'âge de 16, 17 ans par l'adoration qu'il vouait à la musique ; à cette époque, tout en continuant ses études secondaires, il fréquentait régulièrement certains "clubs" de St Germain des Prés où commençait à circuler l'héroïne. Il s'injecta rapidement de l'héroïne et de l'éther tout en devenant un excellent contrebassiste. Il fit sa première tentative de suicide vers l'âge de 18 ans par une overdose d'héroïne, ne pouvant plus jouer, étant de plus en plus souvent en état de manque, un an plus tard il fit une seconde tentative de suicide dans des circonstances identiques. A partir de ce moment désirant et redoutant la mort, il "survécut", comme il aimait le répéter tout en continuant à se "défoncer", jusqu'à récemment ; il se tua avec sa femme par injection d'éther à l'âge de 37 ans.

Il fut connu de notre équipe lors d'une hospitalisation pour une cure de sevrage et eut quelques entretiens irréguliers par la suite jusqu'à son décès.

Verbalisant bien, démontrant une profonde auto et hétéroagressivité, à la fois fier et honteux de sa déchéance progressive, il était devenu incapable d'action et de réalisation sans être camé. Mésestimant son corps qu'il traitait de carcasse, il ne vivait quelque chose d'affectif que sous l'effet de la drogue. La toute puissance de celle-ci à partir de sa première tentative de suicide était consciemment ambivalente.

Fils unique, son père industriel, présenté comme un tyran était en fait survalorisé ; sa mère floue imprécise, difficilement identifiable ; l'impossibilité de dépasser cette problématique l'amena à notre avis progressivement à la mort.

Cas 7 - B.....

Jeune nord africain, avait été initié vers 18 ans à l'injection d'héroïne par son partenaire homosexuel plus âgé que lui, qui voulait ainsi le garder.

Vivant semble-t-il quand nous l'avons connu dans un climat de dévalorisation et de culpabilité constante, n'utilisant son corps que comme un moyen de promotion sociale, B... n'avait jamaisété apparemment heureux, ayant le sentiment qu'il n'avait pas le droit au plaisir.

Sa première tentative de suicide à l'âge de 19 ans par overdose d'héroïne survint quand son patron qui était ce partenaire homosexuel, rencontra un autre garçon. En retour, ce geste fit augmenter par le patron les doses d'héroïne de B... qui passivement obéit.

Subitement rencontrant une fille avec laquelle pour la première fois il ressentait des sentiments amoureux, il laissa tomber son ami patron, sa vie d'entretenu homosexuel de prostitué, et l'héroïne. Mais à la première déception avec cette fille, il se defenestra. Après un séjour à l'hôpital il retourna vers son ancien ami en étant fortement culpabilisé, raison semble-t-il alors pour laquelle il s'enfonça à nouveau dans l'héroïnomanie. Nous le voyons épisodiquement.

B... avait un père manoeuvre, une mère ménagère, et une nombreuse fratrie, un frère étant délinquant. Il avait obtenu le C.E.P. et était officiellement représentant de commerce. Si la drogue semblait initialement un moyen à la fois de se sentir maintenu passivement par un père tout puissant et d'éprouver du plaisir dans cette attitude, elle devint, après cet essai d'accès à la génitalité active un moyen de combattre la dépression du Moi engendrée par la culpabilité.

Cas 8 - L.....

Nous avons peu de renseignements sur L ..... ayant été vu trois fois par notre service. Le début de toxicomanie remonte à l'âge de 18 ans dans le cadre vraisemblablement d'un envahissement délirant au cours d'une fugue de chez ses parents. Devenu rapidement polytoxicomane et homosexuel, cet envahissement psychotique fut vraisemblablement également la cause des deux premières tentatives de suicide très rapprochées l'une de l'autre, dont on ignore le mode, et qui semble-t-il à chaque fois aggravèrent la toxicomanie. Sa troisième tentative de suicide par absorption médicamenteuse deux ans plus tard, coïncida avec son incorporation au service militaire, qui lui fit reprendre contact avec une contrainte qu'il ne put supporter.

Cas 9 - B.....

B.... a 15 ans 1/2 après de multiples échecs scolaires, était dans un foyer pour jeunes délinquants, ayant fugué de chez lui plusieurs fois et commis des vols. Ses parents cultivateurs avaient six enfants dont notre sujet (4ème), et une fille suicidaire. Le père était alcoolique rigide et autoritaire, la mère frustre. Dans ce centre il fit un premier geste suicidaire (phlébotomie) et commença à avaler de l'éther à forte dose. De 16 à 18 ans, il passa la majeur partie de son temps en prison pour des actes délinquantiels ; au cours de cet épisode, il fit une seconde tentative de suicide également par phlébotomie dans un climat peut-être moins impulsif. A sa sortie de prison il se "fixa" à l'héroïne et éprouva selon lui pour la première fois quelque chose qui ressemble au plaisir.

Quelque temps plus tard, il rencontra une fille qui exigeait qu'il ne se défonce plus. Se sentant incapable de satisfaire à ce désir, il fit une troisième tentative de suicide par overdose d'héroïne, grave, dans un contexte dépressif. A la suite de celle-ci après avoir subi une cure de sevrage, il se drogua à nouveau épisodiquement, puis "décrocha" complètement des opiacés. Actuellement il fume du haschich, est marié et a abandonné le circuit des "junkies".

Si B... peut être classé parmi la catégorie des psychopathes comme le témoigne sa biographie, la pauvreté de sa verbalisation et de ses fantasmes (il a suivi pendant 6 mois un début de relation thérapeutique), cette observation souligne combien la drogue peut être un élément important pour ce type de personnalité. Ce qui est intéressant de noter chez ce garçon est le déplacement symptomatique de l'agi à la dépression en passant par l'érotisation du corps (B.... était fasciné par ses veines disant qu'elles étaient "belles", par sa seringue et somatisait facilement son angoisse). Il a longtemps balancé du plaisir de l'objet partiel au plaisir de l'objet total pour aboutir à une relation hétéro-sexuelle apparemment satisfaite.

Cas 10 - N.....

Cette jeune polytoxicomane de 20 ans est fille unique d'un père algérien, incapable de se faire respecter, et d'une mère française intelligente ; ayant réussi son baccalauréat, N... fit sa première tentative de suicide par phlébotomie vers l'âge de 16 ans 1/2 au cours semble-t-il d'un conflit avec le père ; débutant alors une vie de psychopathe, fuguant à plusieurs reprises, commettant quelques vols, ayant des relations homosexuelles tout ceci étant vécu sans culpabilité. C'est dans ce climat qu'elle séjourna dans une communauté où elle commença à se droguer, ceci vers l'âge de 17 ans. Rapidement polytoxicomane, éprouvant beaucoup de plaisir à se shooter à l'héroïne, elle rencontra un garçon polytoxicomane également avec lequel elle eut quelques relations hétérosexuelles. Elle se retrouva enceinte et ceci coincidant avec l'hospitalisation de son petit ami, elle fit sa seconde tentative de suicide par overdose de nembutal à 19 ans 1/2 après avoir vécu l'habituelle lune de miel.

Elle tenta à la suite de celle-ci d'interrompre sa toxicomanie, mais peu à peu se refixa, toutefois moins intensément qu'auparavant dans le même climat de passages à l'acte vécu peut-être moins sans culpabilité.

La relation thérapeutique avec N.... fut très épisodique verbalisant peu, la pauvreté des fantasmes était manifeste. Ce qui était le plus apparent avec N... était sa relation à la loi : très respectueuse de celle-ci elle la vivait en même temps comme étouffante, la drogue était un moyen de la transgresser, mais elle avait très peur de cette transgression, le seul moyen de s'en sortir étant l'idéalisation du père.

La seconde tentative de suicide fit apparaître la pauvreté du narcissisme de cette jeune fille, incapable d'assumer la perte d'un objet investi positivement, et encore moins vraisemblablement sa maternité. N... est actuellement partie en Amérique du Sud.

Cas 11 - C.....

Fils unique de parents divorcés cadres moyens, C.... fit sa première tentative de suicide par phlébotomie vers l'âge de 17 ans, en relation avec le divorce de ses parents et dans le cadre d'une biographie d'adolescent déséquilibré ; quelques mois plus tard au décours de mai 68 et après l'échec de son baccalauréat, il commença à fumer du haschich et à "triper" régulièrement. Il utilisa ensuite quelque temps les amphétamines et se "fixa" trois, quatre fois avec des opiacés. Vers l'âge de 20 ans, il fit une seconde tentative de suicide par injection intra-veineuse d'hallucinogènes au cours d'une descente d'acid particulièrement angoissante. Après ce geste, il arrêta pendant un mois et demi d'utiliser la moindre drogue, mais c'est ensuite qu'il se mit à se "fixer" deux ou trois fois aux opiacés. C'est au cours de l'hospitalisation secondaire à la seconde tentative de suicide qu'il fut connu du Dr OLIEVENSTEIN, qui ne le revit qu'épidosiquement.

Verbalisant assez bien depuis, parait-il, qu'il utilisait régulièrement du L.S.D., C.... semblait avoir vécu intensément le divorce de ses parents. Refoulant une homosexualité latente le conflit oedipien semblait en premier plan chez ce garçon par une identification ambivalente à son père : quêtant une relation érotisée avec celui-ci ou avec un substitut, il vivait sa toxicomanie comme une transgression très nette à l'égard de la loi du père, ce qui facilitait l'érotisation de cette relation. Beau et le sachant il avait des relations hétérosexuelles apparemment satisfaisantes, mais en fait volontiers sadiques. La seconde tentative de suicide mis à jour chez ce sujet des éléments dépressifs importants qui paradoxalement avec ce que nous avons dit précédemment semblaient plus du registre de la dépression par perte d'objet, que de la dépression par culpabilité oedipienne. La rareté des entretiens avec C.... ne nous permet pas d'approfondir son cas.

Cas 12 - F.....

Actuellement âgé de 24 ans, fils d'un ouvrier agricole éthylique qui le battait et d'une mère inconnue (étant incapable de dire qui elle était) F.... a commencé à se droguer vers l'âge de 17 ans dans un climat de délinquance juvénile avec fugues, vols, homosexualité et tentatives de suicide (2 à quelques semaines d'intervalle, par phlébotomie). Considéré comme débile léger, d'un aspect physique désagréable et vécu comme tel par le sujet, F... vivait semble-t-il dans une atmosphère de rejet permanent, y compris par sa famille (il avait six ou sept frères, une demi-soeur et un demi frère, aucun ne se droguait).

A la recherche constante de son identité, vivant continuellement dans une angoisse intense, la drogue, la délinquance, l'homosexualité, les tentatives de suicide semblaient être un moyen de recherche d'une confirmation narcissique fragile. C'est quelque temps plus tard qu'il vint voir régulièrement le Dr OLIEVENSTEIN pendant 8 mois, il se droguait alors à toutes sortes de médicaments et surtout à l'éther.

Verbalisant initialement peu, il commença à vivre pour la première fois une relation continue avec quelqu'un lorsqu'il fut arrêté pour détention de stupéfiants. Il avait alors 19 ans. Il tenta de se pendre en prison au cours d'un épisode dépressif important en relation selon le médecin de la prison avec l'interruption de la relation thérapeutique. A la suite de cet épisode, il s'établit un cycle que l'on peut décrire ainsi : la peur de rétablir une relation avec son thérapeute qu'il revit cependant plusieurs fois, coincidait avec la peur de se droguer et dès qu'il recommençait à abuser de l'éther ou de médicaments divers (le plus souvent barbituriques et tranquillisants), déprimé, il faisait des tentatives de suicide de plus en plus mortifères (il en fit 8 ou 9), le plus souvent par injection intra-veineuse d'éther, étant parfois nettement des actings out par rapport à la relation thérapeutique, puis un nouveau cycle recommençait. On peut interpréter la nécessité de ce cycle à la demande affective intense qui existait chez ce sujet et les profondes angoisses de rétablir une relation qui n'avait jamais réussi ; les tentatives de suicide devenaient alors un essai et un échec de rupture de ce cycle. L'impossibilité de dire qui était sa mère est vraisemblablement à rapprocher de cette répétition, recherchant en fait toujours ce personnage.

Cas 13 - M.....

Benjamin d'une famille de quatre enfants, trois frères ainés M..... n'a pas connu son père décédé à peu près au moment de sa naissance. Il a été élevé par sa mère rejetante et sadique à son égard, semblant lui attribuer la cause du père décédé. Suivi plus ou moins irrégulièrement depuis trois ans par le service, M... actuellement âgé de 21 ans est délirant. Il a commencé à se droguer vers l'âge de 16 ans après avoir fait quelques fugues et commis des actes délinquantiels ; devenant rapidement polytoxicomane, se prostituant et sadisant une femme d'une quarantaine d'années auprès de laquelle il se réfugie par moments, M..... a toujours semblé fuir trois ordres d'éléments : le délire et l'hallucination, la relation sexuée et la relation incestueuse avec la Mère. Sa première tentative de suicide à 17 ans par défenestration est en relation directe avec une "descente d'acid" entraînant un épisode délirant. Après ce geste, il diminua momentanément son intoxication. Sa seconde tentative de suicide un an plus tard, se passa dans des circonstances tout à fait différentes, n'éprouvant plus de plaisir par le flash, il se déprima sérieusement et absorba avec un profond désir mortifère un cocktail de médicaments. Après cette tentative, éprouvant de moins en moins de plaisir avec la drogue, rencontrant cette femme plus âgée que lui, il se mit à boire énormément d'alcool, n'étant quasiment jamais à jeun, dans un climat dépressif et sub délirant, qui lors de périodes d'accalmies était profondément mortifère.

Il fit deux autres tentatives de suicide équivalant à la seconde à quelques mois d'intervalle puis se mit à délirer tout en buvant beaucoup. Verbalisant très bien, particulièrement intelligent M.... nous fit sentir les relations entre l'Inceste et la Mort. Si la première tentative de suicide est difficilement interprétable, nous ne la connaissions d'ailleurs pas à cette époque, la seconde marque un tournant dans la vie de M... le flash qui représentait un plaisir élationnel à la fois de retour dans le ventre de sa mère, et de jouissance sexuelle dans ce ventre et avec elle, ne remplissait plus sa fonction, le seul moyen de surmonter cet état étant alors la Mort, moment fusionnel qu'il définissait comme une " EXPLOSION ATOMIQUE" qu'il était "seul capable de créer". Cette formule est significative de la puissance ETERNELLE des forces en présence, (pulsions, narcissisme mégalomaniaque, agressivité, mouvement et immobilisme corporel) de leurs contradictions, essayant dans un dernier effort de lier tout cela. Après cette explosion ratée, la relation consciemment sadique, qu'il entretint avec cette femme mère est elle aussi significative ; son Moi ne pouvait survivre sans lier son agressivité à l'égard d'une image maternelle, sinon il sombrait dans la folie comme le témoignait la force de plus en plus grande des mécanismes primaires de projection, folie, dont il avait peur, l'alcool étant un pis aller pour faire signe aux autres pour oublier et pour rappeler cet objet idéal, omnipotent qu'avait été la drogue qu'il ne pouvait repren-

dre sous peine à nouveau de revivre cette acuité du flash. Les tentatives de suicide qui suivirent peuvent être considérées comme ayant les mêmes significations que la précédente. Actuellement la désorganisation progressive du Moi s'accentue malgré les efforts désespérés qu'il fait pour ne pas sombrer dans un état dont il sait qu'il ne pourra plus sortir, mais en refusant en même temps toute relation thérapeutique ou toute institution structurée.

Cas 14 - B.....

Polytoxicomane initié à l'héroïne par un protecteur homosexuel B... a commencé à se droguer au haschich, à l'éther et au trichloréthylène vers l'âge de 16 ans au cours d'une fugue. Deux ans plus tard, portant un surnom, il était prostitué, homosexuel, héroïnomane, vivant donc avec son protecteur. Puis au cours d'une dispute, celui-ci le plaqua et B.... vint se réfugier 8 mois à l'hôpital psychiatrique pour s'en sortir. A sa sortie, il se repiqua, la seringue ayant pour lui une fonction fétichiste, et un mois $\frac{1}{2}$ plus tard, il fit une tentative de suicide par overdose de trichloréthylène dans un climat de profond désir mortifère. Depuis ce geste, il est dans un état confuso-démentiel chronique, n'en sortant qu'au moment où il se drogue.

En relation thérapeutique régulière pendant huit mois B... se sentait frappé par la fatalité qui cachait en fait de profonds éléments masochistes. Né d'un père inconnu, il fut élevé par sa mère et une tante qui le déguisèrent longtemps en fille, et choisirent pour lui le métier de coiffeur pour dames. S'identifiant à sa tante représentant une image paternelle et maternelle B... avaient des éléments pervers très nets, la confusion entre les sexes renvoyait en fait à un désavoeu de la différence et à un deni de la castration de la mère. L'homosexualité passive, et l'agressivité vécue dans le masochisme permettait à B... de vivre dans un clivage. Le refuge à l'hôpital au moment de la perte de son protecteur a des significations complexes mais peut s'interpréter comme le déséquilibre de ce clivage et le risque de dépression qui s'en suit. La tentative de suicide se situe pour son thérapeute dans cette direction.

Cas 15 - B.....

B.... a été vu à deux reprises par le Dr OLIEVENSTEIN ; fils unique amené par son père, un artisan autoritaire et hyperprotecteur qui prenait régulièrement des somnifères, la mère étant par ailleurs très effacée.

Après avoir obtenu un CAP de coiffeur, B... a commencé à se droguer vers l'âge de 17 ans au cours d'un voyage à l'étranger. Devenant rapidement polytoxicomane avec prédilection pour l'héroïne il vivait la "lune de miel" habituelle des junkies, tout en étant prostitué, indicateur, homosexuel, mais alors que l'héroïne représentait encore pour lui la seule raison de vivre, ne se souciant pas de son avenir, il fut arrêté à 19 ans, pour trafic, et contraint de se faire hospitaliser.

Désespéré, il chercha tous les moyens pour éviter cette hospitalisation et en fin de compte il se fit une overdose mortelle d'héroïne que l'on peut considérer comme un suicide. L'approche de B.. a été évidemment superficielle, ce qui frappait cependant chez lui était la culpabilité qu'il ressentait à l'égard de son père faisant suspecter de profonds éléments dépressifs sous jacents.

Cas 16 - B.....

Abandonné vers 6,7 ans par un père désocialisé et une mère frustre, B... a été élevé avec un frère ainé délinquant par des parents adoptifs qui l'ont abandonné 2 à 3 ans plus tard ; élevé alors par un service d'oeuvres sociales, il commença très jeune à fuguer, retourna un moment chez ses parents adoptifs, puis vers 15 ans à l'occasion d'une fugue il se mit à se droguer d'abord au haschich et à l'éther pour devenir rapidement un polytoxicomane.

Sa première tentative de suicide remonte à la même époque après la période de la lune de miel, il en fit plus d'une dizaine essentiellement par absorptions médicamenteuses, certaines sous éther, une par pendaison à la suite de rapports homosexuels. Après chaque geste suicidaire, il y avait une recrudescence de la toxicomanie pour aboutir à un état de dépendance à peu près stable puis à l'occasion d'une contrariété ou d'une frustration il augmentait son intoxication pour aboutir à une nouvelle tentative de suicide.

Suivi épisodiquement par le service, verbalisant assez bien les éléments les plus poignants étant évidemment les sentiments abandonniques et l'érotisation masochiste de son corps. Il demandait compulsivement qu'on l'aime et qu'on le punisse, lui permettant ainsi de ne pas sombrer dans la psychose en ressentant l'existence d'un Autre. La toxicomanie et les gestes suicidaires semblaient chez B... avoir les mêmes fonctions de survie en quête d'une identité et d'identification toujours impossibles à réaliser complètement. Ce garçon d'une intelligence supérieure à la moyenne est marié maintenant avec une jeune débile qu'il a rencontrée lors de ses multiples hospitalisations. Actuellement il a des périodes d'équilibre plus fréquents et plus continus.

Cas 17 - B.....

La première tentative de suicide de B... remonte à cinq ans alors qu'il était âgé de 17 ans, il se jette alors sous le métro en réaction à un sentiment de dévalorisation corporelle justifiée par une anomalie congénitale et un conflit transculturel avec son père ouvrier algérien. Second d'une famille de 3 garçons, sa mère était décédée lorsqu'il avait 14 ans.

Il commença à se droguer également vers 17 ans au cours d'une fugue de chez lui un peu avant son geste suicidaire. Devenu rapidement polytoxicomane avec une prédilection pour l'éther, il essaya de maintenir un contact avec la réalité sociale, faisant des efforts pour travailler comme ouvrier spécialisé le plus souvent possible, d'autant que sous l'effet de l'éther des périodes de désorganisation du Moi survenaient par bouffée. A 21 ans il fit une seconde tentative de suicide par overdose d'éther à la suite d'une hospitalisation forcée par une décision pénale, dans un contexte dépressif prenant conscience de la difficulté de son existence. A la suite de celle-ci il arrêta de se droguer, se réinsérant à nouveau socialement. Un an plus tard il fit une troisième tentative de suicide dans les mêmes circonstances, à nouveau arrêté pour détention de stupéfiants et hospitalisé. Cependant il ne s'agissait plus ici d'une prise de conscience de son destin mais une décision de rupture avec son passé, le côté démonstratif de ce geste semble important.

Actuellement, malgré quelques "cuites" à l'éther il semble stabilisé, connait une fille avec laquelle il compte se marier. Suivi épisodiquement par le service, la toxicomanie semblait représenter pour B... un essai d'adaptation ambivalente. Isolé, assez facilement rejeté, les éléments dépressifs apparaissent importants chez ce garçon, le décès de la mère ayant vraisemblablement réactivé un conflit sous jacent mais verbalisant peu, il était difficile d'appréhender l'inconscient de ce sujet. Les hospitalisations vécues comme des punitions et entraînant des gestes mortifères, soulignent l'importance de la culpabilité chez ce sujet et l'existence d'un surmoi définitif assez construit.

Cas 18 - M .....

Polytoxicomane (surtout intraveineuse d'héroïne, M.... a rencontré la drogue en bas de chez elle. Son père d'origine espagnol, technicien, se sépara de son épouse au début des troubles apparents de sa fille. Celle-ci en effet vers 16 ans, commença à fuguer, à fumer du haschich et fit sa première tentative de suicide par phlébotomie dans le même contexte, un peu avant de commencer à se droguer lorsque ses parents décidèrent de divorcer. La mère, anxieuse, prenant des tranquillisants, souvent en voyage, ne semblait s'être jamais beaucoup occupée de sa fille cadette (M... avait une soeur aînée). Après ce premier geste suicidaire , elle rencontra un toxicomane qui l'initia aux drogues dures.Un an plus tard, à 18 ans, elle fit une seconde tentative de suicide par overdose de barbituriques au cours d'un épisode dépressif sérieux en relation avec le départ de son petit ami et s'accrocha à l'héroïne. Etant de plus en plus souvent en état de manque et faisant assez fréquemment des "paranos", elle diminua provisoirement son intoxication après une cure de sevrage, se raccrocha rapidement à l'héroïne, retrouvant son compagnon. Huit mois plus tard, elle fit une nouvelle tentative de suicide, ce dernier vivant avec une autre fille, elle ne le supportait pas et était à nouveau très déprimée (overdose de barbituriques). L'intoxication diminua, puis une fois de plus elle se raccrocha mais de plus en plus déprimée elle fit une nouvelle overdose d'héroïne qui l'amena une nouvelle fois à l'hôpital. Elle fit encore une cure de sevrage, puis on ne la revit plus. Mais nous avons eu récemment de ses nouvelles, elle ne fumerait plus que du haschich et aurait entrepris une relation psychothérapique avec un thérapeute extérieur à notre équipe.

M.... fut suivie épisodiquement par le Dr OLIEVENSTEIN après sa seconde tentative de suicide. Celle-ci semble avoir marqué un tournant dans sa vie, luttant consciemment depuis cette date par la toxicomanie contre la dépression et inversement. Elle éprouvait beaucoup de plaisir à la "tirette". Très agressive à l'égard de sa mère qui représentait la Loi elle avait des fantasmes incestueux à l'égard d'une imago maternelle où se confondaient dans sa toxicomanie son père et sa mère réels.

Ces tentatives de suicide survenaient dans un moment où se séparaient ces deux images par la perte de l'un d'eux (le père), l'autre (la mère étant tout puissant et dangereux). La relation avec son thérapeute quoique épisodique, était assez investie déplaçant sur lui une culpabilité croissante en rapport avec son agressivité à l'égard de cette imago maternelle. La drogue, bon ou mauvais objet devenait plus rarement ambivalente au moment des tentatives de suicide. Il existait chez M... un idéal du Moi mégalomaniaque, particulièrement entamé au moment des tentatives de suicide. Le balancement entre les tentatives de suicide et la toxicomanie était chez M..... caractéristique jusqu'au jour où un accrochage psychothérapique semble avoir été possible donnant l'impression d'un Moi clivé, un Moi drogue courcicultant la relation transférentielle, un Moi non drogue adaptant et se névrotisant progressivement, c'est du moins l'impression que nous avons eue la dernière fois que nous l'avons vue.

Cas 19 - I.....

Polytoxicomane avec une prédilection très nette pour les amphétamines, I.... a commencé à se droguer vers l'âge de 16 ans dans le cadre d'une crise d'adolescence ; fils unique élevé par sa mère veuve, petite commerçante anxieuse, prenant des tranquillisants I ... avait poursuivi ses études jusqu'en 4ème puis avait commencé à fuguer et à commettre quelques vols sans conséquence. A 19 ans, il fit sa première tentative de suicide par overdose prenant conscience du caractère "négatif" de sa toxicomanie et de l'incapacité d'avoir une relation sexuelle satisfaisante. Il séjourna alors un mois à l'hôpital puis vint irrégulièrement voir son thérapeute. Se mettant à recommencer à se "fixer", il fit une seconde tentative de suicide, par absorption médicamenteuse quatre ou cinq mois plus tard lors d'une cure de sevrage en province. Puis, il rechuta. Il fit alors une nouvelle cure de désintoxication, essaya quelques temps de travailler, mais recommençant à se droguer il se jeta sous le métro et mourut à 20 ans et demi. Si les difficultés d'identification paternelle étaient les plus apparentes, l'importance de la découverte de la valeur "négative" de la drogue pouvait être associée avec l'association de celle-ci, avec un objet mort ou perdu, il disait : "mon père ne serait pas mort, je ne me serais pas drogué", de même il est à noter le respect qu'il avait pour la loi, pour les interdits sociaux mais également l'impossibilité de ne pas les transgresser, ce qui aggravait peu à peu son intense sentiment de culpabilité.

Le plaisir apporté par les amphétamines était extraordinaire et augmentait le fossé entre ce qu'il se sentait alors capable de réaliser et ce qu'il vivait à l'état normal. I.... donnait l'impression de souhaiter de plus en plus consciemment la mort.

Cas 20 - M....

Ce garçon a commencé à se droguer à son arrivée en France lorsqu'il avait 16 ans. En effet ses parents alors divorcèrent, ils habitaient les Etats Unis ; sa mère mariée à un américain est venue en France avec son fils. M... avait une soeur aînée (B.P.)

Rapidement devenu polytoxicomane,après être passé par une phase délinquantielle M... fit sa première tentative de suicide à 17 ans 1/2 par absorption médicamenteuse à la suite d'un conflit sentimental : une fille chipée à un copain vivait avec lui depuis quelque temps, lorsqu'à la suite d'une dispute, elle repartit avec son premier petit ami. Cette déception avait été particulièrement investie par M.... qui avait désiré alors fermement mourir. Après cette tentative de suicide, il ne se piqua plus, mais continua tout en diminuant son intoxication à se droguer, d'autant qu'apparut peu à peu une diminution du Moi. Sa seconde tentative de suicide par absorption médicamenteuse s'est passée aux Etats Unis, à 19 ans 1/2, lors de vacances chez son père dans un état vraisemblablement délirant. Sa troisième tentative de suicide également par absorption médicamenteuse s'est passée deux mois après son retour en France, désemparé, très angoissé, luttant contre la psychose, il était gravement déprimé.

Actuellement, âgé de 21 ans 1/2, il continue à se droguer tout en ne se "fixant" pas et fait assez régulièrement un séjour à l'hôpital d'autant que l'envahissement psychotique est difficilement endigué. Suivi en entretiens thérapeutiques plus ou moins irréguliers depuis 4 ans M.... verbalisant peu donnait une impression de fragilité du Moi qui angoissait tout son entourage. Sa mère avait des antécédents suicidaires, s'était présentée comme une hystérique hyperprotectrice et inquiétante ne favorisant pas l'équilibre de ce sujet. Depuis sa première tentative de suicide, il essaya de nombreuses fois d'arrêter de se droguer mais l'angoisse devenait alors trop intense, se déprimant très rapidement, puis délirant. Cette première tentative de suicide semble avoir marqué un tournant dans sa vie, ne supportant pas cette blessure narcissique qu'était l'échec d'une relation sexuée. Ce qui est marquant est l'arrêt de la "piquouze", qui était alors considérée comme une auto-punition sans but : "ça fait mal et ça sert à rien", et en même temps l'incapacité de se passer de drogue, malgré la culpabilité grandissante qu'il ressentait et la profonde tristesse qui l'envahissait. On avait l'impression que la drogue lui permettait d'être déprimé sans mourir ou sans devenir fou. M... semble actuellement se dissocier de plus en plus, ne se retrouvant dans la réalité que lorsque sa vie est centrée sur la drogue.

C O M M E N T A I R E S

Si nous exposons les données objectives recueillies (âge, sexe, drogues utilisées, nombre de tentatives de suicide, de suicides, décès, etc ...) après l'étude de la deuxième série de cas, ces 20 premières observations permettent déjà certaines réflexions qui ouvrent la voie à la synthèse ultérieure.

La première constatation est la difficulté de ranger ces polytoxicomanes ayant tous une intoxication remontant à plus de deux ans, dans une classe nosographique psychiatrique précise, non par l'absence de symptômes mais par leur variabilité à la fois entre les sujets et aussi chez un même sujet dans une histoire personnelle. Cependant, on peut noter :

. La rareté des psychoses chroniques (cas 8) ou des psychonévroses franches (cas 6).

. La possibilité d'envisager à un moment ou à un autre chez chaque sujet ce que certains appellent le syndrôme "border line" (cas 2,3,4,5,13,16,17,20) comme le témoigne la possibilité toujours présente d'une décompensation psychotique (au sens de la clinique psychiatrique).

. La fréquence du diagnostic de psychopathie pouvant essentiellement être posé au début des troubles apparents des sujets (cas 1,2,3,4,9,10,11,12,20).

. La fréquence de l'homosexualité.

. La fréquence d'une thymie dépressive survenant cliniquement par accès de durée et d'intensité variable.

L'essai d'approche longitudinale des sujets permet en second lieu de distinguer plusieurs étapes durant lesquelles se sont associées les différents signes.

I - La crise d'adolescence symptomatique allant de la crise d'originalité juvénile à, comme nous l'avons dit plus haut, la psychopathie typique.

2 - La "lune de miel" toxicomaniaque durant laquelle toute description séméiologique est dominée par l'acte de se droguer qui remplit toute la vie du sujet qui alors ne se plaint de rien et ne présente schématiquement pas d'autre symptôme.

3 - L'apparition consciente et gênante de la pharmaco dépendance dont la symptomatologie apparente et l'évolution vont dépendre de l'interelation entre la toxicomanie et le fonctionnement mental du sujet.

Ces différentes périodes sont évidemment schématiques et ne renvoient que d'assez loin à une réalité beaucoup plus complexe : cependant en leur faveur on peut retenir :

- L'aspect à peu près identique chez tous nos sujets au début des signes cliniques et la même fonction que l'on peut accorder à chacun de ces symptômes qu'il s'agisse d'addiction de fugues ou de tentatives de suicide (déception des idéaux parentaux, cas 4,11,18 ; fuite du milieu familial, cas 1,2,14 ; impossibilité de communication avec les adultes, cas 2,17 ; angoisse diffuse et massive entraînant l'absence de nuance des possibilités de défense ou de réponse, cas 3,5,12 ; exigence de l'absolu, cas 5 ; impossibilité d'appréhender le passé ou d'envisager l'avenir, cas 5 ; morosité, cas 7,17).

- La constatation à peu près constante d'une période quelque temps après ce début de l'escalade où les sujets ne font jamais de geste suicidaires.

- La relation de cause à effet ensuite entre la toxicomanie et les suicides (cas 5,12,13,16,18,19,20), pouvant ultérieurement devenir chez certains deux conduites tout à fait indépendantes et évoluer pour leur propre compte - (cas 13).

La relative superficialité avec laquelle ont été vus ces sujets ne permet pas d'aller plus loin que ces constatations. L'étude plus approfondie des cas suivants débouche sur des conclusions cliniques et psychodynamiques plus élaborées.

Cas 21 - F.....

Ce jeune dirigeant d'un mouvement révolutionnaire, mort à vingt deux ans, s'est suicidé en se jetant sous le métro au cours d'un bilan particulièrement pénible de sa vie, et qui peut être également interprété comme un acting out de la relation transférentielle.

Fils d'un père ingénieur extrêmement rigide et d'une mère effacée anxieuse prenant des tranquillisants, F.... avait deux frères cadets et une soeur benjamine ni toxicomanes, ni suicidaires. Ayant débuté des études supérieures, il était d'une intelligence remarquable, verbalisant bien, il avait entrepris une psychothérapie qui dura deux ans et demi. Il commença à fumer du haschich à dix huit ans dans le cadre d'une crise d'adolescence se traduisant par une violente opposition à son père, une prise de position révolutionnaire d'avant-garde qui sublimait un sentiment de dévalorisation de son propre corps, il avait eu une dermatose infantile jusqu'à la puberté, et une inhibition manifeste vis-à-vis des filles, n'ayant pas de relations hétérosexuelles et l'entraînant dans des relations homosexuelles défensives.

Peu à peu il prit très régulièrement du LSD et des amphétamines en augmentant progressivement les doses. Cette toxicomanie remplaça ses idées et ses activités révolutionnaires qui le décevaient progressivement.

La psychothérapie fut toujours gênée par une rationalisation défensive constante, mais mis à jour le déplacement de son mécanisme de sublimation de la politisation sur la toxicomanie, et dont la prise de conscience l'amena peu à peu vers des sentiments dépressifs de plus en plus importants alors que la valorisation narcissique ne servait pas assez de contre-partie malgré les efforts du thérapeute. Un idéal du Moi mégalomaniaque renvoyait à un père vécu comme tout puissant par identification projective. L'idéalisation de la drogue était remplacée par l'illusion d'une confusion fantasmatique entre celle-ci et lui-même. En même temps, sous trip, apparaissait comme on en voit souvent des scénarios de retour dans le ventre de la mère qui était interprété en cours de séance par ce garçon au courant des théories analytiques en terme d'inceste, ceci entraînant une augmentation de la toxicomanie "pour aller plus loin". Parallèlement la présence de la Mort dans le discours et dans l'explication de sa toxicomanie apparaissait, la prise de conscience que son désir de se shooter renvoyait à un désir incestueux en confondant la seringue à un pénis, objet partiel idéalisé et sadique et son corps à celui de sa mère.L'image paternelle se symbolisait peu à peu par identification secondaire au thérapeute. Vivant auparavant dans un climat d'agression perpétuelle, la société, les parents et même les amis, il prit peu à peu conscience des représentants de ses propres pulsions agressives ce qui l'angoissa fortement.

Juste avant son suicide F... avait l'impression qu'il ne pouvait s'en sortir, la découverte de l'ambivalence des imagos parentales, de l'histoire de sa toxicomanie, sublimation puis objet incestueux de l'angoise d'une dévalorisation narcissique l'amena à cet ultime geste "de maitrise du monde" afin de sortir de cette intemporalité du désir narcissique et incestueux ; les formules telles que "je n'y arriverai jamais" , "il faudrait que je trouve une idée géniale pour relancer la révolution", si je meurs ce sera pour faire comprendre aux autres ce que cela signifie, la Mort c'est la Vie et c'est la Fin, sont significatives.On peut dire que pour F... la mort était un défi à son désir.

Cas 22 - S ....

L'histoire de S... est spécifique par le fait qu'il s'agit d'un toxicomane uniquement aux barbituriques qui a commencé à se droguer à l'âge de vingt et un ans à la suite semble-t-il de difficultés sexuelles à type d'impuissance coïncidant avec la necessité de prendre des responsabilités qu'il ne put assumer. Sa première tentative de suicide date de cette époque et est concomittente aux éléments précédents. Actuellement âgé de trente ans, il a entrepris il y a quatre ans et pendant deux ans une psychothérapie. Pendant neuf ans il a vécu sur un mode apparemment très répétitif: il prenait conscience qu'il s'accrochait de plus en plus aux barbituriques, faisait alors une tentative de suicide le plus souvent avec ces produits, le problème de l'intentionalité était ici caricaturalement posé, quelques-unes étant particulièrement graves, séjournait quelque temps à l'hôpital, sortait, tenait le coup deux à trois mois, puis reprenait les barbituriques en augmentant à chaque fois un peu plus vite les doses tout au moins pendant les trois, quatre premières années d'intoxication et un nouveau cycle commençait. Actuellement, il utilise régulièrement des barbituriques en contrôlant son absorption et semble progressivement rompre ce cercle vicieux.

D'origine italienne, fils unique d'un père manoeuvre et d'une mère concierge, particulièrement intelligent, verbalisant bien, il fit des études supérieures (mathématiques) jusqu'à vingt et un ans. En fait des éléments dépressifs asymptomatiques semblent précéder le début de son intoxication. Au cours de la psychothérapie un sentiment profond de solitude fut exprimé avec une nécessité constante de remplir son "j'en ai marre", et qui se concrêtisait par un abandon de tout lien autre que des liens de dépendance (avec l'hôpital, avec les barbituriques, avec le thérapeute). Il existait un manque de confiance fondamentale qui alla heureusement en s'amenuisant, qui se traduisait par un sentiment d'humiliation et une impossibilité manifeste à maîtriser les évènements. Un masochisme moral témoignait du retournement de son agressivité dont il avait conscience et qui progressivement et de façon répétitive l'effrayait. Sa relation à sa mère était quasi symbolique et il se défendait contre le retour à la conscience de sentiment d'abandon ressenti dans la séparation fantasmatique avec celle-ci, ce qui explique également l'impossibilité de se passer des barbituriques. Relation avec la mère d'autant plus angoissante que le père était vécu comme très faible, ne pouvant médiatiser par une identification secondaire la relation avec celle-ci.

La mort était fréquente dans son discours, et il n'y avait pas de différence entre la toxicomanie et les

tentatives de suicide quant à leur fonction mortifère. La mort avait été considérée comme quelque chose de définitif au début de sa psychothérapie. Il se situait hors la loi comme si cela ne le concernait pas, ce qui renvoyait à une hypervalorisation paradoxale du sentiment de lui-même qui peu à peu diminua au profit d'une image paternelle surmoïque naissante par identification au thérapeute et favorisée par la prise de conscience d'une culpabilité jouant consciemment de plus en plus un rôle. Les tentatives de suicide avaient pour fonction de "mettre fin à quelque chose" en particulier à son sentiment de dépendance, et son désir de sortir de la solitude à tout prix. L'évitement de la relation à son corps génitalisé était caractéristique mais il ne s'est jamais "fixé".

Les tentatives de suicide avaient chez S... la fonction de contrôler son intoxication et de ne pas abolir le peu de maitrise de l'objet qu'il ressentait. Il entrevoyait que cet objet drogue-mère était une illusion, mais ne pouvait s'en passer. La rencontre avec son thérapeute lui a sans doute permis d'intérioriser un surmoi et déviter ainsi un clivage entre un moi idéal et un moi dépressif comme le faisait soupçonner la période précédant et recouvrant le début de sa psychothérapie où la drogue était idéalisée remplaçant les carences de l'Idéal du moi paternel. La toxicomanie prit progressivement une forme compulsive différente de la forme précédente dans la mesure où la nécessité d'une maitrise de l'objet devenait consciente, laissant apparaître la relation entre la dépression, le besoin et la culpabilité, phase qu'il n'a actuellement pas totalement dépassée.

Cas 23 - L .....

L..... a rencontré la drogue au cours d'une fugue à Amsterdam, à l'âge de seize ans. Quasi immédiatement il devint polytoxicomane. Cette fugue avait été précédée par une existence de délinquant ayant quitté le domicile familial très jeune. Second enfant d'une famille de cinq enfants, ses frères et soeurs étaient tous délinquants, le père ouvrier manoeuvre alcoolique et la mère alcoolique également, l'avait quasiment abandonné dès son plus jeune âge. Durant ce séjour prolongé à Amsterdam il fit une grave tentative de suicide par strangulation au cours d'un voyage à l'"acid" sous l'effet d'hallucinations menaçantes. Hospitalisé pendant huit mois, il eut beaucoup de mal à "redescendre" ce qui occasionna une seconde tentative de suicide pendant l'hospitalisation par absorption médicamenteuse, se sentant incapable d'arrêter ses terrifiantes hallucinations.

Sorti de l'hôpital, il rencontra une assistante sociale qui l'accueillit chez elle et joua un rôle très positif pour ce sujet qui n'avait jamais connu de lien affectif véritable. Suivi depuis un an et demi en psychothérapie, il a actuellement dix huit ans et demi et ne fume plus qu'épisodiquement du haschich.

Au cours de sa psychothérapie les éléments dépressifs furent prédominants, se manifestant par un besoin d'affirmation agressive, le thérapeute et l'assistante sociale étant vécus comme tout puissants mais d'une façon ambivalente, ce qui entraînait des sentiments de culpabilité survenant par accès et l'on peut penser que les deux tentatives de suicide ne sont pas étrangères à la massivité de cet affect. Les tentatives de suicide (la première rétrospectivement) étaient des gestes foncièrement mortifères. Il existait fantasmatiquement une confusion entre lui et la drogue bon et mauvais objet. La dépression avait une fonction défensive contre l'angoisse persécutrice représentée par sa mère. La dépendance étroite vis-à-vis de l'assistante sociale se manifestait souvent par des passages à l'acte, mettant à rude épreuve celle-ci, comme il avait mis à rude épreuve son corps lors de la polytoxicomanie. L'incapacité du sujet à affronter la position dépressive semblait caractéristique chez lui. Seule une "bonne mère" a pu le sortir d'affaire. Cette observation justifie à notre avis la formule des familles d'accueil qui semblent jouer un rôle particulièrement efficace pour certains toxicomanes.

Cas 24 - R.....

Ce garçon d'origine italienne âgé de vingt ans a été suivi irrégulièrement depuis trois ans par le Docteur OLIEVENSTEIN. Benjamin d'une famille de trois enfants, deux soeurs ainées, un père camionneur éthylique, une mère psychotique suicidaire, R ... a fait une grave tentative de suicide à l'âge de quinze ans par pendaison ne supportant plus sa mère qui revenait de l'asile.

Un an plus tard il commença à consommer quelques comprimés d'amphétamines à la suite d'une seconde tentative de suicide par ansorption médicamenteuse mal élucidée. A dix sept ans au cours d'une fugue, il fit sa troisième tentative de suicide par ansorption médicamenteuse au cours d'un état dépressif grave et fut hospitalisé. C'est durant cette hospitalisation qu'il débuta par proxénétisme d'autres garçons, une polytoxicomanie avec prédilection pour les injections d'amphétamine et d'héroïne. Il prit à cette accasion un surnom. La toxicomanie était chez R ... un moyen de lutter contre une dépression quasi mélancolique comme le montre la fréquence de la mort dans le discours, l'autre accusation et le caractère mortifère des gestes suicidaires s'opposant totalement en cela à la description de l'intoxication répétition dans le temps, seul moyen de vivre. Des symptômes pervers avaient précéder le début de la toxicomanie : il se masturbait avec la culotte d'une voisine vers quinze, seize ans, avait effectué quelques vols fétichistes et il existait une gérontophilie manifeste chez ce garçon. Ces pratiques remplacées actuellement par la toxicomanie pouvaient être interprétées ainsi : le désir du manque de la mère constamment recherché par R ... qui ne pouvait accepter que sa mère soit psychotique tout en recherchant la folie et la mort; l'idéalisation de son père qu'il reconnaissait comme seule loi valable, mais qui ne pouvait servir de médiateur entre ce fils et sa mère. Tout ceci a été remis en cause lors de la première tentative de suicide, c'est à la suite de celle-ci qu'il commença ses pratiques fétichistes et sans doute moins intensément lors des deux suivantes. La rencontre avec la drogue lui a permis de remplacer le fétiche par celle-ci qui en même temps qu'objet idéal identificatoire lui permettait l'hallucination d'un phallus mère fils tout en sachant que pour lui ce phallus était une illusion puisque l'objet est bien réel et il faut le contrôler. De l'hallucination nous sommes passés à l'illusion. Nous avons un exemple saisissant de la relation entre d'une part la perversion (culotte de la voisine remplacée par la seringue) et la dépression, et d'autre part entre l'objet fétiche et l'objet transitionnel (hallucination devenant illusion), et aussi du rôle de défense maniaque que peut jouer la drogue (identification projective, idéalisation, clivage en bon et mauvais objet, déni des objets internes). Depuis qu'il se "défonce" R ... n'a plus fait de tentative de suicide cela ne veut pas dire qu'il n'en fera plus, mais elles n'auraient sans doute plus les mêmes significations.

Cas 25 - C.....

Compositeur de musique à vingt trois ans, C ... était blouson noir à quinze ans et faisait partie d'une bande bien connue pour les spécialistes de la délinquance. C'est vers seize ans qu'il commença à fumer du haschich puis peu à peu devint polytoxicomane en utilisant des injections, mais sans jamais être un vrai junkie, sa prédilection restant le haschich. Sa première tentative de suicide à dix sept ans et demi, allumant le gaz de façon impulsive, fut en relation avec la dissociation de sa bande, et un retour dans la chambre familiale où il vivait à quatre, son père alcoolique sans travail, sa mère protectrice et agressive à l'égard de ce fils, une soeur cadette ayant fait plusieurs tentatives de suicide. Ce geste eut peu d'incidence appatente sur la toxicomanie si ce n'est une alcoolisation surajoutée aux autres drogues utilisées alors. Un an et demi plus tard il avala une forte dose de médicaments à la suite d'un échec d'une relation hétérosexuelle et avec le désir verbalisé ensuite de se réfugier à l'hôpital. Cette seconde tentative eut pour effet d'aggraver sa toxicomanie et de favoriser une homosexualité et une clochardiation progressive, de courts épisodes psychotiques survenaient alors par moments. La troisième tentative de suicide fur une démonstration suicidaire dans un contexte très arrosé lors d'une visite au dispensaire; l'appétence fut tout d'abord inchangée puis diminua progressivement, par contre les relations hétérosexuelles étaient devenues satisfaisantes. Actuellement âgé de vingt trois ans ce garçon a été suivi en entretiens à peu près réguliers depuis cinq ans.

Verbalisant pauvrement, on peut schématiser l'évolution de ce garçon, en trois parties. Une première partie où les éléments dépressifs étaient prédominants dominés par une dévalorisation importante de l'image de son corps, une seconde période qui débuta par la seconde tentative de suicide où les éléments psychotiques furent au premier plan. Ce geste suicidaire renvoyait en fait à la prise de conscience de l'impossibilité de s'identifier à un oncle qui jouait le rôle du substitut paternel, et à la carence de son identité personnelle. Une troisième période qui se vit actuellement où grâce à la relation psychothérapique s'ébauche une construction d'un Moi encore fragile.

L'imago paternel tout d'abord idalisée s'est peu à peu symbolisée se traduisant par une intériorisation d'une loi sociale qu'auparavant C ... vivait "à côté de la Loi" la drogue peut être confondue chez ce sujet avec l'imago paternel,là encore très idéalisé et elle est peu à peu devenue le moyen de transgresser et de venir voir son thérapeute qui la remplace progressivement. Durant la deuxième période la drogue était l'objet fusionnel idéalisé seul lien avec la réalité extérieure et seul moyen de maitriser sa dissociation confondant fréquemment "je me drogue parce que je suis fou", "je suis fou parce que je me drogue". La mort ne fut jamais considérée chez C ... comme quelque chose de définitif, le fantasme de retour dans le ventre de la mère permettait de mieux expliciter ces actes "terminaux". La toxicomanie pouvait être considérée comme un moyen d'éluder le temps surtout au début pour devenir actuellement un moyen de communication; elle n'a jamais été un acte mortifère; les tentatives de suicide étaient beaucoup plus temporalisées; elles étaient une étape comme le montre du reste cette séparation en trois périodes, elles étaient en relation étroite avec celle-ci, et donc différentes les unes des autres.

Cas 26 - B.....

B ... a commencé à se droguer à l'âge de dix neuf ans au cours d'une fugue dans une conduite d'évitement hétérosexuelle Pendant un an elle n'utilise que des drogues mineures, menant une existence à peu près adaptée. Sa première tentative de suicide à vingt ans "par dégout de la vie" qu'elle menait modifia brusquement son évolution. Elle fit en fait un épisode confusionnel grave par absorption de barbituriques au cours d'une descente "d'acid". Elle débuta alors une relation thérapeutique qui dure depuis trois ans, et dont la régularité n'a duré que dix huit mois à raison d'une fois par semaine. A la suite de ce geste suicidaire elle rompit complètement avec ses parents, vécut dans le milieu des zonards avec les actes déviants que cela entraîne et se mit à se fixer à l'héroïne. En même temps un débloquage momentané au niveau de sa sexualité fut manifeste. Elle aimait alors à répéter "on peut vivre en se défonçant c'est pas la peine de se tuer". En fait, elle avait eu très peur de son geste et se défendait beaucoup quand on abordait ce sujet. A vingt deux ans elle fit une seconde tentative de suicide par absorption médicamenteuse, acting out de la relation psychothérapique prenantconscience de ses fantasmes incestueux à l'égard de son père dans le cadre de la relation transférentielle et désirant alors qu'on l'appelle par un surnom. Elle diminua alors son intoxication pour reprendre rapidement les mêmes doses quelques temps après. B ... a acteuellement vingt trois ans et semble loin d'être sortie d'affaire ne venant voir un thérapeute qu'amené par des copains quand elle leur paraît trop déprimée et parfois même délirante.

Ayant obtenu son baccalauréat B ... était intelligente mais verbalisait peu, son père cadre moyen et sa mère "nerveuse" utilisaient des médicaments pour dormir, elle a un frère plus jeune qu'elle, ni toxicomane, ni suicidaire; elle a exercé de façon intermittente les emplois de secretariat. Pendant la première période de la psychothérapie c'est-à-dire avant sa seconde tentative de suicide B ... lutta pour refouler ses fantasmes d'incestes à l'égard de son père; ce père très idéalisé qu'elle confondait avec le plaisir de la drogue était présent dans la plupart de ses rêves et de ses fantaisies, les éléments dépressifs pouvaient être rattachés à une difficulté d'identification à l'imago maternelle. Cependant certains éléments permettaient de suspecter un conflit oedipien beaucoup plus archaïque : l'intensité de la "présence" du père y compris réellement comme objet contra-phobique, la faiblesse du Surmoi, le peu de culpabilité et l'apparition saissisante d'un Idéal du Moi mégalomaniaque au moment où elle entamait consciemment une relation affective avec un homme. Le père était en fait désymbolisé. La prise de conscience de ses fantasmes incestueux se traduisit par une angoisse intense, l'émergence de ses pulsions sadiques et démasqua la recherche constante de fusion avec la mère la drogue jouant le rôle d'objet transitionnel dans la phase précédente. Mais le thérapeute vécu alors comme Surmoi primitif agresseur perdit son rôle passif et facilita un clivage du Moi qui n'alla qu'en s'accentuant.

Des éléments dépressifs apparurent consciemment comme le témoigne la présence grandissante d'idée de mort, et furent volontiers présentées aux autres et aux psychothérapeutes tandis qu'une autre partie du Moi alla progressivement en se destructurant sous l'empire du toxique. Il existe actuellement un déni total de la Loi et une diminution progressive de la tentative de maîtrise du temps, les tentatives de suicide étant présentées comme ce qui peut retemporariser son désir et confondre le désir et la douleur. Ce clivage donne à B ... un aspect pervers qui en fait est son seul moyen de vivre actuellement.

Cas 27 - F.....

Fils unique d'un père hystérique et d'une mère qui s'est suicidée à la suite d'un voyage de son fils en Inde, F ... suivi, depuis trois ans en psychothérapie est actuellement considéré comme un schizophrène chronique. Le début de ses manifectations cliniques remonte à l'âge de dix huit ans après avoir suivi de bonnes études secondaires. Il commença par fumer du haschich par manque d'intérêt de la vie, puis fit une première tentative de suicide par absorption médicamenteuse dans le même climat psychologique.

A la sortie de l'hôpital il partit pour Kaboul voyage durant lequel il devint polytoxicomane avec cependant une prédilection particulière pour le LSD et une rareté de la "piquouze" A son retour il apprit que sa mère s'était suicidée et il sombra dans la psychose. Durant l'été mille neuf cent soixante dix il fit une deuxième tentative de suicide après une cure de sevrage et une hospitalisation pour un épisode délirant aigu; il s'enferma alors dans une chambre sans manger et sans boire voulant mourir de faim alléguant un ascétisme mystique délirant. A la suite de ce mouvement suicidaire il reprit peu à peu son intoxication mais à faible dose, le moindre produit toxique le faisant dangereusement déliré. Actuellement âgé de vingt deux ans après avoir fait un séjour prolongé à l'hôpital psychitrique il est parti au Maroc avec son père.

F ... fait remonter le début de son délire à un voyage en Hollande durant lequel il imagine après avoir rencontré "une corne d'abondance remplie d'objets insolites, les uns agréables les autres désagréables". Il associe dans son délire cette corne d'abondance à sa mère qui s'est suicidée parce qu'il se droguait. On peut supposer qu'il existait des éléments dépressifs importants au moment de son adolescence qui entraînèrent le début de la toxicomanie, la première tentative de suicide et le voyage à Kaboul, mais la mort réelle de sa mère à son retour, source d'une forte culpabilité l'entraina dans l'escalade toxicomaniaque ce qui renforça sa pulsion sadique inconsciente, et désorganisa l'équilibre mental de ce sujet. La corne d'abondance symbolise parfaitement cette mère source consciente du délire qui contient de bon et de mauvais objets, ces derniers étant prédominants. Progressivement la drogue fut utilisée pour produire mais aussi pour contrôler l'hallucination à la recherche ainsi d'une omnipotence sans lendemain. F ... avait des fantasmes de relation homosexuelle avec le père dans un climat de violence qui mettait à jour tout l'investissement des pulsions agressives. Le désir fantasmatique de vivre une relation érotisée avec son père qui était tantôt Dieu, tantôt Satan, renvoyait à la projection de l'omnipotence mégalomaniaque qui ne pouvait être ambivalente, le père étant soit l'un, soit l'Autre. Mais dans ces fantasmes on peut y voir également un mécanisme de défense contre la position incestueuse fils-mère, interdit par la culpabilité puis par la loi idéalisée du Père, la culpabilité oedipienne s'étant défoulée par les circonstances extérieures. La destruction progressive de son Surmoi a entraîné des attitudes contre transférentielles du thérapeute qui le préférait schizophrène à toxicomane.

Cas 28 - M.....

La succession de nombreuses tentatives de suicide chez M ... est saisissante (en général par absorption médicamenteuse) ; elles étaient chaque fois occasionnées par un effort d'émancipation par rapport à sa famille et le sentiment de se retrouver de plus en plus seul. Vers dix sept ans M ... commença à boire dans un climat de panique sexuelle, qu'il décrit fort bien, traduisant la note hystérique qui existe chez ce fils de cadres moyens; le père éthylique exerce une profession d'autorité, la mère hyperprotectrice a eu trois enfants dont il est l'aîné, son frère cadet est toxicomane et sa soeur poursuit de brillantes études. M ... a suivi ses études jusqu'en terminale et travaille plus ou moins régulièrement comme employé de banque. M ... est rapidement devenu polytoxicomane mais ne s'est jamais shooté à l'héroïne. Ayant entrepris une psychothérapie pendant trois ans le problème dominant chez M ... est son oralité et la non résolution du conflit oedipien. L'essai répétitif et l'échec qui s'en suivait de vivre indépendamment de la mère s'associait à une projection sur le père d'une puissance mégalomaniaque renvoyant à sa propre mégalomanie narcissique. Le toxique était identifié à sa dangereuse mère qui était ainsi transformée en bon objet. La drogue avait également pour mission de cacher les difficultés du monde extérieur. Lorsqu'elle n'y parvenait pas et que pour une raison le plus souvent minime le conflit de dépendance réapparaissait, M ... faisait une tentative de suicide. Vers dix neuf ans, es éléments délirants sont apparus à la suite d'une tentative de suicide à thème de persécution par la reprise de toxiques. Peu à peu un sentiment corporel de toute puissance apparaissait mais grâce à la relation psychothérapique il prit consedence d'un corps qui supportait mal ses abus et la drogue tout d'abord "bon objet" se confondit de moins en moins avec sa recherche d'identité. C'est à cette époque fragile de renversement fantasmatique qu'il a failli sombrer dans la psychose par un renforcement des pulsions sadiques, puis par identification au thérapeute qui pouvait être d'abord un père, une mère et lui-même puis qui est progressivement devenu un père selon la loi, M ... a internalisé une imago paternelle surmoïque source de culpabilité. Ceci a coincidé avec la rencontre d'une jeune fille non toxicomane avec laquelle il a eu tout d'abord une relation sadomasochiste caractéristique d'autant que cette jeune fille jouait parfaitement le jeu. Le repère était le mariage qu'il repoussait épisodiquement, en raison inverse du désir apparent de l'autre et la drogue, rappelant la relation entre l'alcoolique et sa femme. Une aide épisodique par un autre thérapeute à cette dernière lui a permis d'évoluer favorablement. Une remarque pleinement significative de M ... résume son histoire : parlant de sa fiancée qui refusait à certains moments de faire l'amour avec lui, il associa : "je m'en fous, je la viole et si, elle ne veut pas je la tue" ... Tiens hier j'ai été dans un restaurant avec elle, on a bien bu et ensuite je me suis défoncé". Les tentatives de suicide en plus de ce qui a été dit plus haut, avaient au début pour fonction, de marquer des arrêts dans son escalade toxicomaniaque, elles étaient un moyen de restituer dans le temps de ses parents, puis après la période de regression où elles avaient une

fonction spécifiquement mortifères elles n'étaient plus qu'un souvenir agi comme le témoignait le risque de moins en moins grand qu'il prenait dans les moyens de se tuer, désirant en fait plus oublier que se suicider. Si les tentatives de suicide marquent des arrêts dans son escalade toxicomaniaque avec des fonctions différentes, le balancement toxicomanie et suicide renvoyait typiquement chez M ... au cycle maniaco-dépressif, du reste comme surtout dans ce cas, M ... avait une prédilection certes pour l'alcool mais surtout pour les amphétamines. Actuellement il semble sorti d'affaire, mais son fonctionnement mental sous jacent reste encore très fragile, la moindre perte d'objet risquant de rompre l'essai d'intériorisation d'un Surmoi pas trop primitif dans le cadre du transfert avec son psychothérapeute.

Cas 29 V .....

Polytoxicomane essentiellement par voie orale avec une préférence marquée pour les médicaments et surtout les barbituriques V ... a commencé par fumer du haschich vers l'âge de seize ans, ceci coïncident avec une crise juvénile en relation semble t-il avec la découverte de désirs homosexuels culpabilisés un conflit avec la mère et un sentiment de dévalorisation personnelle tout à fait conscient. A la même époque il fit impulsivement une tentative de suicide première d'une longue suite de gestes suicidaires par absorption médicamenteuse, souvent par jeu mortifère sans tonalité dépressive apparente, affolant régulièrement l'entourage, soit au cours de moments dépressifs aigus, ce mode devenant de plus en plus fréquent depuis qu'il eut des relations homosexuelles satisfaisantes. V ... a vécu deux relations hétérosexuelles médiocres avec une fille très maternante. Comme dans les autres cas pendant une période V ... ne fit aucun geste suicidaire, période durant laquelle la drogue semblait le satisfaire pleinement.

D'une intelligence supérieure, verbalisant très bien, V ... a commencé des études de médecine qu'il a rapidement abandonnées. Agé actuellement de vingt deux ans, il a été de nombreuses fois hospitalisé et "vit" de plus en plus à l'hôpital psychiatrique se promenant entre deux hospitalisations avec ses différents certificats d'internements et "faisant" soit le fou, soit le psychiatre, l'un et l'autre étant comme il le dit lui-même "un miroir de son personnage".

Second d'une famille de trois enfants V ... a une mère envahissante, phallique, prenant régulièrement des médicaments, un père technicien faible si ce n'est inexistant, il est suivi en psychothérapie plus ou moins régulière depuis deux ans, celle-ci étant entrecoupée par les hospitalisations et par de petits voyages, il n'a jamais fait la route. La toxicomanie peut être considérée comme une mise entre parenthèse de sa dépression et devient de plus en plus importante parallèlement à la prise de conscience d'un profond désir mortifère. En même temps il essaie de plus en plus de contrôler cette dépression en "faisant" le fou, le toxicomane, l'homosexuel, le médecin, le suicidaire (il a récemment téléphoné au centre antipoison en annonçant qu'il arrivait quelques heures plus tard ayant avalé telle dose de tel médicament. Si cela prend l'apparence d'un jeu avec la mort V ... sait qu'il ne s'agit pas d'un jeu mais d'un apport narcissique venant du dehors lui permettant de se retrouver en face de lui-même comme le montre également le besoin d'être continuellement avec quelqu'un chez lequel il a besoin de faire ressortir les tendances dépressives; il a été à l'origine de plusieurs tentatives de suicide chez des amis, tout en ayant honte de ce qu'il fait. Il se senti profondément incapable de se donner du plaisir et

ne montre jamais une réelle joie de vivre, il ne semble heureux que dans la maitrise d'une image extériorisée de lui-même qu'il a peur d'agresser et dont il a peur d'être agressé, mais il ne peut empêcher cette agression. S'il cherche et s'amuse de la déchéance de son Moi c'est au prix d'un sentiment de toute puissance comme lui montre le fait qu'il ne s'est jamais tué "je m'en sors toujours et par moi-même". V ... n'a pas peur de la culpabilité, mais de la honte, la loi, pour lui, n'existe pas, s'il a honte c'est fantasmatiquement pour sa mère qu'il désire et qu'il désire d'autant plus qu'il a honte pour elle. Ce qui représente la loi est sans doute le toxique parce qu'il est le seul lien avec une interdiction, mais il y a également une confusion entre le toxique et l'imago maternelle source d'un plaisir qui n'en est pas un. Ce toxique c'est aussi ce qui le situe hors du temps réel : "quand on se défonce, on désire hors du temps". La drogue est le seul objet qui ne soit pas lui c'est l'objet qui permet une confirmation narcissique et l'expression des pulsions : "me droguer c'est ce qui m'angoisse le moins", et le thérapeute le croit volontiers lorsqu'il dit cela. V ... actuellement est chroniquement quasi mélancolique et en même temps la drogue semble remplir tout une partie de son existence mais qui fonctionne de façon indépendante au niveau de son Moi. Si pendant un certain temps la drogue apparaissait être le moyen de lutter contre sa dépression, elle a été largement dévalorisée dans cette fonction pour ne laisser apparaître que le fonctionnement mélancolique, puis est devenu quelque chose de différent.

Enfin chez ce garçon la relation entre le surnom et la drogue, et le nom et le suicide sont caractéristiques, il a en effet un surnom qui est bien connu du milieu des toxicomanes mais ne s'en sert jamais quand il est en phase mélancolique ou à l'hôpital.

Cas 30 - R.....

Ce garçon actuellement âgé de vingt trois ans verbalisant peu pose typiquement le problème de la relation entre un comportement psychopathique et la drogue. D'origine espagnole, né dans un pays méditerranéen, il arrive très jeune en France, et vécut en province, d'où il fugua pour la première fois vers Paris à l'âge de seize ans. Il commença alors une existence de délinquant où furent commis des vols, des cambriolages, du proxénétisme, ayant occasionné de la prison, des fugues une intoxication progressive débutant par du haschich, pour en arriver rapidement à une polytoxicomanie avec une attirance particulière pour les amphétamines en intra-veineuse à des doses massives, la seringue étant un véritable objet fétiche. Il fit à vingt ans sa première tentative de suicide par absorption médicamenteuse dans un moment dépressif grave, après une lune de miel toxicomaniaque, à la suite d'une déception amoureuse avec une jeune fille elle-même d'origine espagnole qu'il idéalisait et qu'il continue à idéaliser énormément. A la suite de ce geste l'abus des drogues et en particulier d'amphétamines s'accentua. Il initia sa soeur cadette au "fixe". Une deuxième tentative de suicide eut lieu récemment, également par absorption médicamenteuse à la suite d'un vol symbolique à ses parents, alors qu'il travaillait ayant fortement diminué son intoxication. La toxicomanie reprit et s'accentua fortement mais diminua également rapidement, ceci étant en relation étroite avec un attachement massif à L ... Actuellement R ... a vingt trois ans, il est suivi en psychothérapie depuis deux ans, et passe par de courts moments de dépression dont certains sont l'origine d'une nouvelle poussée toxicomaniaque et dont d'autres sont l'occasion d'un processus maturatif réel.

Second d'une famille de trois enfants R ... a une soeur ainée mariée qu'il compare massivement à sa mère et une soeur cadette avec laquelle il a une relation très ambivalente. Son père petit technicien émigré espagnol, cache une faiblesse profonde derrière une autorité apparente. Sa mère dont il parle peu semble terrorisée par le père et prend irrégulièrement des tranquillisants. R ... a obtenu le CEP mais n'a pas poursuivi sa scolarité, malgré une intelligence au-dessus de la moyenne. Apprécié dans ses différents emplois, il attire toujours la sympathie de ses employeurs jusqu'au jour où il les quitte brutalement pour une raison souvent minime mais en relation étroite avec la fragilité de sa stabilité. La première tentative de suicide est survenue chez R ... quatre ans après le début de sa toxicomanie au cours d'un épisode dépressif grave à la suite de l'abandon d'une jeune fille elle-même d'origine espagnole très investie semble t-il, qu'il idéalisa beaucoup et avec laquelle il eut une attitude quasi érotomaniaque. Se sentant encore aimé à distance (elle est actuellement mariée et vit en Espagne) et envisageant toujours de la rejoindre, sachant qu'elle abandonnera tout s'il lui demande. Il souligne rétrospectivement que si cette fille la quitte, c'est en faisant un choix entre lui et son actuel mari, choix qu'il a lui-même dirigé et décidé. Il parle de cette relation soit avec une nostalgie dramatique soit en l'idéalisant intensément, le passage de l'un à l'autre étant du reste courant

au cours du même entretien. L'évocation de son passé était vécu au début de sa psychothérapie sans culpabilité, la loi étant toute extérieure. La femme est vécue fantasmatiquement comme toute puissante, ce qui contraste avec l'image réelle de sa mère et ce qui souligne sa confusion avec la drogue particulièrement idalisé. Il faut souligner que R ... avait des relations hétérosexuelles satisfaisantes, essentiellement avec les filles qui ne se défonçaient pas. L'agression à l'égard de sa soeur cadette soulignait la faiblesse du lien entre l'investissement libidinal et l'investissement agressif, non lié, de la mère, de la drogue, de la soeur. Cependant, cette première tentative de suicide a marqué un tournant dans le fonctionnement mental de R ... coïncidant avec une perte d'amour, un sentiment conscient de dépendance à l'égard de la drogue, blessure narcissique et perte de maitrise de l'objet entraînant un clivage du Moi ou coexiste un Moi drogue, idéalisé et source de plaisir en particulier au niveau du flash obtenu par les injections d'amphétamines, recherchant un lien étroit avec un junkie parce que ce dernier lui ressemblait, et un Moi non drogue dépressif occasionnant la seconde tentative de suicide profondément mortifère, le vol symbolique à ses parents ayant valeur d'appel, étant masochiquement culpabilisé. L'évolution de R ... est encore indécise et dépend de l'investissement de son thérapeute qui doit être à la fois l'objet perdu, l'objet drogue et l'interdiction.

Cas 31 - L.....

Actuellement compagnon d'aventure de R ... portant un surnom ce garçon de vingt trois ans est arrivé à PARIS à dix huit ans au cours d'une fugue après avoir été à l'école jusqu'au certificat d'études puis ouvrier garagiste pendant trois ans durant lesquels il commit quelques larcins sans conséquences pénales. Il s'est alors mis à fumer du haschich et est rapidement devenu polytoxicomane se fixant essentiellement à l'héroïne et aux amphétamines. Le début de son intoxication est mis rétrospectivement par L ... sur le compte d'un évitement de relations sexuelles avec des filles qu'il choisissait volontiers très juvéniles à la limite de la pédophilie. C'est au cours d'un état crépusculaire sous éther qu'il fit sa première tentative de suicide par noyade de façon probablement impulsive. Sa seconde tentative de suicide par overdose d'héroïne fut l'occasion de la rencontre avec son thérapeute actuel, sur un mode également impulsif, ce geste n'eut pas de conséquence sur sa pharmaco dépendance. Depuis s'est déclarée une psychose amphétaminique dont l'élément délirant dominant est l'existence d'une machine dans la tête qui le dirige et qui envoie des ondes techniques, cette machine est tantôt dirigée par les psychiatres, tantôt par lui-même. Ces éléments délirants surviennent par accès de plus en plus espacés depuis un an. Au cours de ces trois dernières années L ... a fait plusieurs tentatives de suicide les unes par overdose d'héroïne ou de nembutal, les autres par absorptions médicamenteuses. Ces gestes suicidaires surviennent le plus souvent au cours d'angoisse psychotique aigue, sauf la dernière remontant à il y a environ un an, qui s'est déroulée dans un climat dépressif, engendré directement par la prise de conscience de son évolution psychotique.

Les parents de L ... étaient éthyliques. Ils sont actuellement décédés, sa mère lorsqu'il avait douze ans et son père récemment, il a des demi-frères et des demi-soeurs, et surtout une soeur mariée qui joue un rôle très important pour l'accueil et la disponibilité qu'elle a offerte et qu'elle offre à son frère. D'un niveau d'études primaires L ... aime dire qu'il est spécialiste dans la réparation d'une marque de voiture et attache beaucoup d'importance à son ancien métier de mécano et à son côté brave type étant par exemple très respectueux de la loi extérieure, verbalisant difficilement en dehors de ses épisodes psychotiques, il éprouve de violents sentiments hostiles à l'égard de sa belle mère alors que son père est investi dans son souvenir positivement. Ce qui est caractéristique actuellement chez L ... est la remise en cause constante de la permanence de l'objet comme le témoigne sa perpétuelle remise en cause de la toxicomanie, mais l'impossibilité de s'en passer, sombrant alors soit dans la dépression, la dernière tentative en étant le témoin, soit dans la psychose. Les pulsions agressives sont intenses, L ... étant un des toxicomanes les plus fascinés par la "piquouze", le toxique lui permet de conserver une relation avec un objet idéal interne, qui disparaît ou s'effondre en son absence ce qui souligne la carence de l'idéal du Moi, et l'impossibilité d'identification secondaire. Les pulsions génitales et oedipiennes sont du reste vécues comme dangereuses, ses relations hétérosexuelles étant soit fusionnelles soit perverses. Récemment un transfert économiquement intense et sur un mode archaïque avec son thérapeute a permis peut être l'ébauche d'une relation d'objet ambivalente comme le témoigne sa dernière tentative de

suicide et le fait qu'il soit amoureux d'une fille qui ne se drogue pas, mais qu'il a connu dans le cadre de sa toxicomanie. Une des réflexions récentes de L ... est saisissante : "Seul le temps peut arranger tout cela". Malgré l'aspect paranoïde de sa psychose, L ... a fonctionné du moins durant un certain temps sur un mode maniaco-dépressif, la drogue et le délire renvoyant au mécanisme de défense de la manie puis brusquement lorsqu'ils ne remplissaient plus leur fonction L ... devenait mélancolique et tentait de se suicider. Actuellement il semble exister un clivage de son Moi que l'on pourrait schématiser ainsi : un Moi délirant, un Moi drogue.

Cas 32 - T.....

L'histoire symptomatique de T ... commença à seize ans lorsqu'il découvrit que sa mère trompait son père, il se jeta alors sous une voiture sur un mode impulsif, le moyen utilisé semblant toutefois peu courant; à la suite de cette tentative de suicide il fugua, commis quelques larcins et c'est au cours de cette fugue qu'il commença à se droguer (haschich puis rapidement polytoxicomanie : amphétamines, éther, opiacés en intraveineux) et à devenir homosexuel, tout en continuant à vivre épisodiquement chez ses parents. Ultérieurement au cours d'une autre fugue ses parents lancèrent un avis de recherche, il fut ramené ce qui occasionna une seconde tentative de suicide, par absorption médicamenteuse plutôt démonstrative. A la suite de celle-ci la toxicomanie s'accentua. Une troisième tentative de suicide également par absorption médicamenteuse mais plus grave que la précédente eut lieu après une cure de sevrage et un échec du retour dans le milieu familial. A la suite la toxicomanie s'accentua à nouveau. T ... a actuellement dix neuf ans et est suivi en psychothérapie depuis un an et demi.

Fils unique, sans profession, du niveau des études primaires, verbalisant peu, T ... a un père fonctionnaire hyperprotecteur et maternel et une mère rejetante et phallique détestant son fils en disant "c'est le fils de mon mari" d'autant que ce dernier l'accepte en affirmant "c'est le seul lien avec ma femme". Pris entre des désirs aussi intenses T ... a bien du mal à assumer son identité, la toxicomanie est une fuite et un moyen de valorisation narcissique difficilement remplaçable. Ce qui est le plus frappant, et le plus angoissant est le désir de ressembler à sa mère, il se maquille, se teint, attache comme celle-ci beaucoup d'importance à son corps et désire même le modifier sans rechercher un critère esthétique mais un critère de changement, il projette sa toute puissance sur sa mère ceci succédant à un profond sentiment d'agression de la part de celle-ci. Si la première tentative de suicide évoque une difficulté d'identification, la seconde une démonstration de puissance, la dernière par l'intensité de la mort dans le discours et dans la description de l'acte, par la prise de conscience d'un vide existentiel et de la signification de la mort comme quelque chose définitif par l'importance des éléments dépressifs, tranche dans la biographie de ce sujet; T ... a pris conscience d'une profonde dévalorisation, du leurre de la toxicomanie comme moyen de s'en sortir, et de la nécessité de celle-ci comme moyen de vivre; respectueux d'une Loi mais d'une Loi toute extériorisée il projette dorénavant celle-ci dans sa mère et prend conscience de l'impossibilité d'indépendance à l'égard de cette dernière, et ainsi de la fragilité de son identité. L'imago paternelle est chez ce garçon déficitaire, le père n'ayant réussi lors du premier appel (premier geste suicidaire) à répondre à une demande d'identification. Cette première tentative est à notre avis capital pour T ..., le fait de se jeter sous une voiture n'est pas sans signifier à son père : nous avons été tous les deux "roulés", tu n'es pas un

père puissant, mais aussi à sa mère, tu es une mauvaise mère, cependant "je préfère que ce soit moi qui me fasse passer dessus" explication qu'il aurait donné à celle-ci après cet évènement. Nous abordons ici un registre fantasmatique d'identification primaire et d'évitement de l'oedipe. La toxicomanie n'a jamais vraiment été un plaisir, les relations hétérosexuelles furent très pauvres.

Chez T ... la drogue représentait de toute évidence un moyen de lutter contre ses affects dépressifs, jusqu'au jour où il s'est rendu compte du leurre de cette fonction et n'a pu que se scinder en deux étant d'une part déprimé et d'une part toxicomane, mais l'un n'étant plus la conséquence de l'autre et inversement. Le problème est de savoir si le clivage du Moi n'était pas préexistant à l'abus des drogues, et si ce garçon ne presentait pas antérieurement une structure perverse.

Cas 33 - S.....

Né de parents émigrés décédés lorsqu'il avait trois ans élevé par des parents adoptifs, S ... a fait sa première tentative de suicide à quinze ans (phlébotomie démonstrative) réactionnelle au décès du père adoptif. Un an plus tard coïncidant avec quelques actes de vandalisme et surtout avec une aventure homosexuelle passive fortement culpabilisé, renvoyant à une tentative d'échapper à la mère adoptive et à une demande massive d'affection paternelle, il commença à fumer du haschich, à "triper", puis à consommer des amphétamines par voie buccale. Employé de bureau, il s'identifia durant cette période à tous les chanteurs à la mode et rêva lui-même de devenir une vedette se prétendant chanteur. A vingt et un ans, après une lune de miel aux amphétamines, il fit une nouvelle tentative de suicide, se jetant spectaculairement sous le métro, se disant dégoûté de la vie, ce qui l'amena en milieu psychiatrique. Il entreprit alors une psychothérapie qui dura deux ans. Actuellement âgé de vingt quatre ans, il semble avoir acquis une certaine maturité. Au cours de sa psychothérapie après avoir diminué son intoxication, après sa deuxième tentative de suicide, il avala il y a environ deux ans, dans un contexte théâtrales des barbituriques à la suite d'une escroquerie à ses dépens d'un imprésario dont il espérait la gloire. Ce dernier acte suicidaire, ayant pour but de venir se réfugier à l'hôpital près de son thérapeute, fut suivi d'une diminution progressive puis d'une suppression de tout abus de drogues.

L'histoire de S ... a donc été émaillée d'un certain nombre de décès, le seul lien affectif familial restant étant sa mère adoptive avec laquelle il avait une relation très érotisée quasi incestueuse dans la réalité. La psychothérapie mis à jour une structure hystérique typique avec une recherche massive d'identification paternelle, les éléments dépressifs plus importants que ne pouvait le manifester sa symptomatologie renvoyant aux parents décédés (père, mère, beau père). Se défendant d'une confusion fantasmatique entre lui et la drogue, il était volontiers moralisateur et particulièrement respectueux de la loi, se défendant de toute relation entre celle-ci et l'abus de drogue. Investissant beaucoup son corps, il le protégeait contre toute agression (il ne s'est jamais shooté) et avait peur de vieillir. Ce qui était sans doute le plus frappant était son désir de rester le petit garçon, comme le témoigne un de ses fantasmes qui était de créer du LSD aromatisé, la drogue n'étant qu'un "bon objet". Ceci souligne la problématique spécifiquement orale du sujet. Mégalomaniaque du moins au début de sa psychothérapie il idéalisait apparemment la drogue qui jouait en fait plus le rôle de milieu d'accueil. Les tentatives de suicide avaient ce point commun avec la toxicomanie d'agresser la mère adoptive. La toxicomanie lui permettait de s'imaginer tel qu'il voulait être, les tentatives de suicide survenaient lorsqu'apparaîssait le décalage existant

entre ce qu'il voulait être et ce qu'il était. A ce titre la toxicomanie avait une fonction défensive contre la dépression. La mort "c'était faire comme papa", il ne la considérait définitive que pour les autres; elle était très présente dans le discours, elle apparaîssait faiblement dans la description du geste. Ceci souligne la prévalence des mécanismes projectifs chez ce garçon. On peut se demander si le début de l'intoxication n'a pas eu une signification dépressive et plus tard une signification inverse. Dans tous les cas l'avidité de ce garçon l'amenait à se sentir coupable de se droguer ou d'être aimé. Le psychothérapeute favorise la confirmation narcissique mettant à jour son amour en miroir, permettant ainsi la prise de conscience du cycle décrit antérieurement.

Cas 34 - M.....

Suivie pendant un an en relations thérapeutiques M ... a actuellement dix neuf ans. Initiée par un petit ami, elle a commencé à quinze ans par fumer du haschich puis s'est rapidement accrochée à "l'acid" et aux amphétamines mais elle ne s'est "fixée" qu'une fois ou deux. Une tentative de suicide à quatorze ans par absorption impulsive de barbituriques, assez grave,et que l'on peut rattacher, semble t-il, à la prise de conscience de sentiment de morcellisation avait été suivie de cette rencontre avec ce jeune garçon. La toxicomanie avait semblé avoir pour rôle de contrebalancer l'angoisse de dépersonnalisation, plus ou moins efficacement du reste car une seconde tentative de suicide par le même mode était survenue un an et demi après la première vraisemblablement associée à une résurgence de l'angoisse psychotique. Au cours de cette période un certain nombre de vols, de fugues étaient également survenue. Une troisième tentative de suicide médicamenteuse également, mais différente de la précédente par la réalité des circonstances, coïncidence entre la découverte par ses parents de son abus de drogue et la séparation de son ami. C'est à partir de ce moment qu'elle fut suivie en relation individuelle. Durant cette période la tâche du thérapeute fut de limiter l'envahissement délirant et de favoriser la verbalisation qui pauvre et stéréotypée s'améliora peu à peu; deux tentatives de suicide sans doute comparables aux deux premières, émaillèrent cette relation, l'angoisse morcelante survenant par accès. Actuellement M ... vient épisodiquement voir son thérapeute : "son papa drogue".

M ... fait partie d'une famille de cadre supérieur apparemment unie mais le père amoureux de sa fille a beaucoup de mal à s'en distancer, ce qui occasionne parfois des réactions brutales de rejet, la mère hystérique anxieuse, exigeante et médicomane n'est pas apparue comme personnage bien rassurant. M ... hait profondément une soeur ainée toxicomane et suicidaire. Malgré ses différentes péripéties M ... a obtenu son baccalauréat et est actuellement étudiante.

Si la biographie évoque un déséquilibre chez une personnalité psychotique, la relation thérapeutique a permis d'approfondir cette observation. Le clivage entre une bonne mère et une mauvaise mère (mère-soeur) et les factasmes initiaux de fusion avec son père, défenses contre la fusion d'avec l'objet primitif maternel renvoie à une structure psychotique. La fonction défensive de la toxicomanie "moyen de vivre" est ici évident. Cette toxicomanie n'a jamais été idéalisée et fut progressivement vécue comme un moyen de maîtrise de l'environnement, M ... voulant toujours donner l'impression qu'elle pouvait s'en passer. Si rétrospectivement on peut penser que les premières tentatives de suicide, les actes délinquantiels et le début de la toxicomanie avaient les mêmes fonctions : lutter contre l'angoisse psychotique, les tentatives de suicide suivantes survenues au cours de la relation thérapeutiques

peuvent être considérées comme des actes profondément mortifères comme le témoigne la présence de la mort dans le discours et dans la description de l'acte, la dernière tentative étant envisagée comme quelquechose de définitif; la toxicomanie était et devient de plus en plus le moyen de vivre permettant de manipuler son corps (se valorisant ainsi peu à peu), ses parents (une idéalisation progressive de son père, la drogue étant une transgression par rapport à ce père idéalisé et devenant ainsi un acte pervers) son thérapeute dont l'identification à la drogue est nécessaire. Cette évolution défensive s'explicite dans un rêve récent où elle tuait sa mère car son père se droguait.

La troisième tentative de suicide a sans doute joué un rôle important en associant un acte suicidaire à une perte réelle extériorisée d'amour mettant ainsi à jour la relation entre l'hétéro-agression et l'auto-agression, l'intériorisation des conflits favorisant ainsi le développement du Moi facilité par la rencontre avec le thérapeute.

Cas 35 - G.....

Ce garçon actuellement âgé de vingt quatre ans, né en France de parents italiens, a fugué à l'âge de dix sept ans à la suite d'une dispute avec son père et s'est retrouvé au Vert Galant "par hasard" où il a commencé à fumer du haschich et à faire quelques vols ce qui le conduisit en prison sur dénonciation de son père. A la sortie de prison il fit rapidement l'escalade pour aboutir à une polytoxicomanie avec une prédilection pour les injections d'amphétamines. A dix neuf ans et demi, alors qu'il avait arrêté de "se fixer" depuis environ six mois et ne fumait plus qu'épisodiquement il chercha à renouer des liens avec ses parents qui le rejetèrent, il se sectionna alors impulsivement les veines au cours d'un état dépressif aigu : acte apparemment isolé il reprit son travail de tôlier, mais quelques temps plus tard, il rencontra "par hasard" une bande de "junkies", et il se remit essentiellement aux amphétamines en intraveineuses ce qui l'amena à l'hôpital pour une cure de sevrage à la suite d'un épisode psychotique aigu de type "parano". Il entreprit alors une psychothérapie qui dura deux ans et demi. Durant cette période il continua à se droguer, ceci occasionnant sur sa demande une deuxième cure de sevrage, puis il fit une seconde tentative de suicide de type "cuite médicamenteuse" à la suite d'une décision de ses parents de retourner en Italie, cette tentative impulsive et démonstrative se déroula également dans un climat dépressif intense et il vint se réfugier quelques temps à l'hôpital près de son thérapeute. Dans cette bande avec laquelle il vivait il rencontra une fille très maternelle qu'il épousa trois mois après son second séjour à l'hôpital. Actuellement marié, ouvrier tôlier il ne se drogue plus depuis environ un an.

Benjamin d'une famille nombreuse, les frères et les soeurs n'étant ni toxicomanes, ni suicidaires, il alla à l'école jusqu'au CEP qu'il obtint, puis devint apprenti tôlier. Son père, ouvrier spécialisé, alcoolique, très autoritaire, s'entendait fort mal avec sa mère avant leur départ en Italie. G ... verbalisant peu, passant facilement à l'acte avait une demande affective intense. Il existe une distinction assez nette chez ce garçon entre la toxicomanie, activité répétitive et les tentatives de suicide réactions impulsives au cours d'épisodes dépressifs aigus, à un abandon affectif chargé par G ... d'un fort sentiment de culpabilité. Cependant certaines relations entre la toxicomanie et les gestes suicidaires sont à envisager : ce sujet était caractérisé par l'impossibilité de dépasser l'ambivalence de l'imago paternelle et la difficulté d'identification qui en résultait, les séparations réelles ou fantasmatiques, étaient pour lui cruellement ressenties. L'association rétrospective de ses fugues de ses vols, et de sa toxicomanie étaient pour lui dues à une difficulté d'adaptation en tant que jeune italien à son environnement (travail, copains, copines). Ceci souligne la difficulté d'identification et les fantasmes d'agression à l'égard du père. Celui-ci

représentait pour notre sujet une Loi rigide, archaïque, la toxicomanie étant un moyen de s'opposer intensément à un père hyperinvesti dont il était amoureux et qu'il méprisait tout en en ayant fort peur. La toxicomanie renvoyait typiquement au désir de faire naître la loi à sa manière, le "speed" et la "shooteuse" étant du reste l'équivalent d'objets fétiches. Les tentatives de suicide peuvent être assimilées à la rencontre entre plusieurs éléments :

- une culpabilité de l'agression symbolisée par la drogue à l'égard du père (fréquence des "paranos"), drogue qui concrétisait en même temps l'impossibilité de communication avec celui-ci.

- un sentiment d'abandon renforçant la culpabilité car la dénonciation du père renvoyait aux vols et le départ en Italie au sentiment que c'était de sa faute. La drogue n'a jamais rempli complètement son rôle comme le montre l'impossibilité de son idéalisation, il ne disait jamais contrairement à la plupart "c'est bon" le sentiment que ce qu'il désirait était chargé de douleur s'était intensifié au moment de la deuxième tentative de suicide où il avait ressenti un sentiment de toute puissance se sentant capable de maîtriser le temps et ses parents en mourant. Cette deuxième tentative semblait avoir un fort potentiel mortifère contrastant avec la fréquence d'idées de mort assez floues et d'idées de suicide qu'il n'envisageait pas comme quelque chose de définitif. Il y avait de toute évidence une carence de l'intéraction mère enfant comme le témoignaient les éléments dépressifs de ce sujet réactivés à des moments d'abandon culpabilisés (adolescence, dénonciation du père, départ des parents). Si l'évolution de ce garçon est actuellement favorable, la maturation du Moi reste problématique.

S Y N T H E S E

Nous retrouvons pour ces quinze derniers cas ce que nous avons constaté pour la première série, mais avant d'aborder les problèmes intra-subjectifs et inter-subjectifs des sujets étudiés nous allons évaluer les données objectives recueillies pour les 35 cas et les difficultés soulevées plus haut d'un diagnostic nosographique.

Evaluation des données objectives

Sexe

6 filles pour 29 garçons tous répondant à la définition du toxicomane d'OLIEVENSTEIN, se droguant depuis plus de deux ans et ayant accompli un geste suicidaire tel que nous l'avons restrictivement défini.

Tranche d'âge

Comme nous l'avons précisé dans l'introduction la période réelle étudiée va en moyenne de 15 à 25 ans, un seul sujet sortant nettement de ces limites (cas 6).

Date de Début de l'abus des drogues

15 ans	:	3 sujets
15 ans 1/2	:	1 sujet
16 ans	:	14 sujets
17 ans	:	7 sujets
17 ans 1/2	:	2 sujets
18 ans	:	6 sujets
19 ans	:	1 sujet
21 ans	:	1 sujet

Rang dans la fratrie

Fils unique	:	12 sujets
Ainé	:	4 sujets
Second	:	9 sujets
Troisième	:	3 sujets
Quatrième	:	2 sujets
Plus ou inconnu	:	5 sujets

Niveau intellectuel

Celui-ci n'a pas été objectivement apprécié mais ne semble pas être en moyenne particulièrement bas ou particulièrement élevé.

Contexte familial

Une constatation générale d'abord : dans toutes les familles étudiées, un des deux parents ou les deux, prenaient des médicaments psychotropes ou étaient alcooliques.

Parents unis en apparence	15
Conflit familial grave	5
Parents séparés ou divorcés	5
Père inconnu	1
Mère inconnue	1
Père décédé	4
Mère décédée	4

Drogues employées et mode d'utilisation

La majorité des sujets étaient des polytoxicomanes (haschich, LSD, barbituriques, solvants, amphétamines, opiacés, sont les principaux produits cités), et la plupart se piquaient. Aucune drogue ne peut être considérée comme privilégiée de façon significative pour ces 35 cas ce qui ne veut pas dire que chacun n'avait pas leur drogue préférée.

Six tentatives de suicide ont été commises sous l'effet de la drogue (quatre sous l'effet du LSD).

Nombre de tentatives de suicides et de suicides décès

Ces 35 sujets ont presque tous fait plusieurs gestes suicidaires :

10 sujets	:	3 tentatives de suicide
9 sujets	:	2 tentatives de suicide
8 sujets	:	5 tentatives de suicide et plus
2 sujets	:	1 tentative
2 sujets	:	4 tentatives
2 sujets	:	2 tentatives et 1 suicide décès
2 sujets	:	1 suicide décès

Moyens utilisés

Absorption médicamenteuse ou polymédicamenteuse : plus de 50 tentatives

Overdose d'héroïne	:	12 tentatives
Phlébotomie	:	11 tentatives
Overdose de solvants	:	9 tentatives
(un sujet utilisait essentiellement ce moyen)		
Overdose de barbituriques	:	4 tentatives
Pendaison	:	3 tentatives
Métro	:	2 tentatives
Défenestration	:	2 tentatives
Autre (noyade, gaz etc..)	:	1 tentative
Overdose d'éther	:	1 suicide décès
Overdose d'héroïne	:	1 suicide décès
Métro	:	2 suicides décès

Moments des gestes suicidaires

Schématiquement nous pouvons distingué quatre périodes :

I - Le geste suicidaire a eu franchement lieu avant le début de l'intoxication

II - Le geste suicidaire était à peu près concomittant

III- Une période où il n'y a pas de gestes suicidaires

IV - Ce geste a franchement lieu après un certain temps d'intoxication

1ère période : Quatre premières tentatives, une deuxième, une troisième : un sujet (cas 24) ayant fait ses trois tentatives de suicide avant le début de sa toxicomanie.

2ème période : Quatorze premières tentatives, six secondes

4ème période : Les autres tentatives, c'est-à-dire de très loin le plus grand nombre dont 17 premiers actes suicidaires, les quatre décès

Conclusion

De ces données objectives dont l'étude n'est pas le but de notre travail, nous pouvons également conclure.

- Au bien fondé de comparer les polytoxicomanes aux suicidants qui récidivent

- A la fréquence d'une médicomanie ou d'un alcoolisme de l'un ou des deux parents

- A la rareté des tentatives de suicide sous l'effet de la drogue en particulier des hallucinogènes

- Au nombre limité de suicide décès, mais qui ne surviennent qu'après un certain temps d'intoxication

- Au fait que contrairement à ce que disent en général les toxicomanes, ils ne tentent pas de se suicider essentiellement par overdose. A ce propos S ... (cas 22) a soulevé le problème des barbituriques; il est en effet souvent difficile pour les overdoses aux barbituriques de savoir s'il s'agit réellement d'un geste suicidaire, car les doses nécessaires pour obtenir le plaisir et les doses comateuses et même léthales semblent assez proches. Ceci nécessiterait vraisemblablement une étude spécifique

- A la possibilité de distinguer quatre périodes dans l'histoire du toxicomane suicidant, en ce qui concerne son geste suicidaire.

- A l'assez grande rareté de tentatives de suicide avant le début de la toxicomanie (mais l'âge de début est évidemment un facteur limitatif)

- A un nombre à peu près comparable de premiers gestes suicidaires, au cours de la seconde période et de la quatrième période

Les données que nous avons apportées ici nécessiteraient évidemment une étude approfondie sur un nombre plus grand de sujets.

Difficultés d'un diagnostic nosographique

La rareté des syndromes psychotiques ou psychonévrotiques francs avait déjà été soulignée pour notre première série de cas et est confirmée pour la seconde. Seul F ... (cas 27) peut être considéré cliniquement comme un schizophrène et S ... (cas 33) avoir des traits hystériques prévalents. Ceci est à rapprocher des constatations de Haim pour les adolescents suicidaires mais nous pouvons également émettre les mêmes réserves que cet auteur (états pathologiques n'ayant pas encore établi toutes leurs manifestations habituelles) en ajoutant la constation que la drogue peut bouleverser les tableaux séméiologiques cliniques et qu'il est impossible de savoir quel symptôme aurait présenté un sujet s'il ne s'était pas drogué.

Le terme de "personnalité pathologique" proposé par P. PICHOT (73) qui reprend les critères de K. SCHNEIDER pour décrire les dimensions de ces personnalités et qui insiste sur l'importance d'envisager les traits de comportements et les types morbides peut être appliqué schématiquement à la majorité de nos sujets, tout au moins avant qu'ils deviennent polytoxicomanes.

Cependant ce qui est peut être le plus frappant est la variabilité dans le temps parfois même au cours d'un même entretien de la symptômatologie (ceci a du reste été souligné par certains auteurs EISSLER, pour les cures psychanalytiques comme caractéristique constante de l'adolescence). A souligner aussi et chez certains l'apparition critique de manifestations psychotiques dont le caractère transitoire ne peut être uniquement rattaché aux effets de la drogue. On peut alors se référer à deux descriptions cliniques : le syndrôme border line, la notion de psychopathie, telle que la décrive BRAUNSCHWEIG, LEBOVICI et VAN THIEL GODFRIND (14).

Le syndrôme border-line

Un certain nombre de sujets et plus particulièrement dans la deuxième série, les cas 25 - 26 - 28 - 29 - 32 - 34 - 35, rappellent ce que GRINKER (48) a décrit dans ce syndrôme. Nous renvoyons également aux travaux de GRESSOT (46), de GAMM (36), de BERGERET (10) et de MASTERSON (60), qui écrit dans l'introduction de son article, diagnostic et traitement du syndrôme "Border line chez les adolescents" : un véritable fléau s'est abattu sur nous qui paralyse notre jeunesse. Désespérés, les jeunes abandonnent l'école, quittent leur foyer et pour trouver une consolation, se tournent vers les drogues : marijuana, LSD, méthédrine et héroïne. Leur univers se rétrécit de plus en plus pour se refermer, bien trop souvent sur le suicide. GRINKER insiste pour ce groupe "Border line" sur la relation inconsistante avec autrui pouvant entraîner des crises d'agressivité coléreuse sur la possibilité d'épisodes psychotiques de courte durée témoignant d'une certaine déficience de l'dentité personnelle sur les potentialités dépressives sous tendu par la fragilité narcissique.

Ce même auteur distingue quatre groupes : les sujets du premier groupe assez proches des psychoses, les sujets du deuxième groupe personnages inconsistants passant facilement à l'acte; les sujets du troisième groupe rappelant les "personnalités comme si" d'H. DEUTSCH; les sujets du quatrième groupe rappelant les descriptions de la dépression anaclitique. Nous voyons que l'éventail ici proposé est assez large pour suspecter ce syndrôme chez un certain nombre de nos sujets mais là encore nous nous heurtons aux deux principaux obstacles cités plus haut (le recul clinique, l'interrelation avec les effets propres de la drogue).

Par contre la fréquence d'éléments psychopathiques biographiques avant ou en même temps que le début de l'intoxication pose plus crûment le problème de ce repère diagnostic.

Discussion sur la notion de psychopathie

GORCEIX et coll. dans leur étude psychologique déjà citée soulignaient l'aspect stéréotypé des protocoles au MMPI et auRorschach : "treize fois sur quinze le diagnostic de psychopathie avec des traits caractériels hystériques et ou pervers est retenu". Pour notre part un certain nombre d'éléments sont en faveur du diagnostic de psychopathie pour plus de la moitié de nos sujets (voir commentaires de la première série et les cas 23 - 25 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35, de la seconde série).

Notre diagnostic s'appuie sur des symptômes cliniques classiques et des traits psychodynamiques, décrits chez l'enfant par BRAUNSCHWERG, LEBOVICI et VAN THIEL GODFRIND, en 1969 et repris par l'équipe de l'hôpital de jour du 13ème arrondissement en 1970.

La clinique psychiatrique classique s'appuie sur les déviances biographiques : retards scolaires, fugues, instabilité scolaire ou professionnelle, perturbations sexuelles, vols et nous savons que les tentatives de suicide et les tendances

toxicomaniaques font partie de la description habituelle de ces biographies. Les sujets que nous avons cités présentent ces éléments et ceci avant ou en même temps que le début de la toxicomanie.

Les traits psychodynamiques sont pour notre part beaucoup plus intéressants.

- L'absence de culpabilité des passages à l'acte rencontrés souvent chez nos sujets, ceci du moins là encore avant ou au début de l'intoxication est à retenir comme critère de psychopathie.

- Un autre critère que nous avons également retrouvé chez la majorité d'entre eux, est la pauvreté de la verbalisation celle-ci associée à la stéréotypie du discours ou le code utilisé renvoit à notre avis à la tendance à l'agi dont nous reparlerons.

- L'absence psychologique du père est aussi souvent remarquée. Madame VAN THIEL GODFRIND écrit : "Il y a un fait qui nous a frappés ... c'est l'absence affective, - pas l'absence matérielle - mais l'absence psychologique du père dans ces cellules familiales". Dans les cas que nous avons classés comme psychopathes le père est aussi un personnage falot parfois éthylique (cas 2 - 3 - 12 - 23 - 25 - - 31) ou même absent matériellement (cas1 - 33).

- Nous voudrions maintenant insister sur trois notions retrouvées par les auteurs cités plus haut chez les enfants psychopathes :

  - Le surmoi extériorisé
  - La puissance de la mégalomanie narcissique
  - La pulsion de mort

A propos d'un jeune garçon Madame Vanthiel GODFRIND écrit : "La seule crainte exprimée est celle du talion, du gendarme de l'autorité, témoin d'un surmoi uniquement extérieur". Nous retrouvons cet aspect chez certains de nos sujets (cas 30 - 31 - 32), l'absence de névrose franche et la fragilité du refoulement des tendances incestueuses (cas 4 - 33 par exemple) en sont également la preuve. Ce même auteur pense qu'il s'agit d'un défaut de relation objectale structurante au niveau du stade anal et oral. Ceci nous fait penser à Mélanie KLEIN qui parle d'un Surmoi excessivement sévère et cruel chez les personnes associales que l'on peut imaginer constamment projetées à l'extérieur.

La puissance de la Mégalomanie narcissique (EISSLER parlant d'une identification héroïque à un idéal du Moi mégalomaniaque chez les délinquants) pose ici le problème du narcissisme de nos sujets dont nous aurons à reparler dans le chapitre de la dépression. Cependant nous pouvons déjà retenir

la carence d'organisation du narcissisme primaire que D. BRAUNSCHWERG associe au manque d'Idéal du Moi passif de réalisation hallucinatoire des besoins. Ceci nous fait penser à la toute puissance active attribuée à la drogue qui ne peut être remplacée que par quelque chose d'équivalent, le partenaire hétérol-sexuel (cas 23 - 30) ou le thérapeute (cas 25 - 31 - 34).

Quant à la pulsion de mort, Mme BRAUNSCHERG écrit : "La notion de dominance du principe du plaisir sur le Moi des psychopates nous semblerait devoir faire place à la notion de dominance d'une tendance du Ca à l'extinction des tensions, ou d'une tendance au nirvana, ou d'une dominance de la pulsion de mort". Nous consacrerons ultérieurement un chapitre à cette notion dans notre travail.

- Une autre constatation dans certaines de nos observations (cas 2 - 3 - 20 - 25 - 32 - 35) est le caractère défensif des éléments psychopathiques, à la fois contre la psychose et contre la dépression. Ici nous parlons du domaine psychodynamique, cette notion a été soulevée par Prego SILVA (77) qui émet l'hypothèse que le psychopathe d'un côté empêche que se produise une désorganisation psychotique et de l'autre il empêche aussi le passage à la position dépressive".

Ce même auteur souligne que dans ses conduites "prédominent l'identification projective et les défenses maniaques (nous reparlerons de ces deux mécanismes de défense au chapitre sur la dépression) et cite GRIMBERG, qui signale chez le psychopathe la coexistence de deux Moi capables de fonctionner de façon presque indépendante. Nous retrouvons là ce clivage du Moi qui apparaît après un certain temps d'intoxication (cas 25, cas 35), mais dont les"racines" étaient peut-être antérieures. Ceci rappelle GLOVER (43) qui en 1968, attribua lui aussi à la toxicomanie, ce rôle défensif contre la psychose et la dépression. La situation pourrait représenter une transition entre le sadisme externalisé et menaçant du système paranoïde et le sadisme internalisé du système mélancolique".

Cependant un certain nombre d'éléments sont contre le disgnostic de psychopathie chez nos sujets :

- L'assez grande fréquence d'un syndrôme border line
- Les états dépressifs plus ou moins aigus dont nous reparlerons ultérieurement.
- Les modifications évolutives au cours de l'intoxication : si au début il semble y avoir pour certains un manque de conflit intérieur, ceci étant bien psychopathique comme le souligne JENKINS qui oppose le névrosé ou LEBOVICI qui retient comme élément central la désintoxication de l'agressivité exprimant alors l'insuffisance de l'apport narcissique au niveau du Moi et le caractère destructif de tout comportement exprimant le conflit, la toxicomanie et les tentatives de suicide apparaîssent progressivement comme des réponses à des nécessités.

conflictuelles internes et nous reprendrons l'opinion de WINNICOT, quand il écrit sur la tendance antisociale, qu'il s'agit d'une tendance évolutive pouvant aboutir ou non au psychopathe adulte, mais pas d'une question disgnostique, cette tendance étant "brouillée" ici par l'appoint toxicomaniaque comme si cet appoint pouvait court circuité ces nécessités conflictuelles internes.

La nécessité d'un diagnostique nosographique nous apparaît donc au premier plan et même si certains de nos sujets renvoient au syndrôme Border Line ou à la notion de psychopathie, ce qui est le plus apparent est la variabilité de la symptomatologie, l'instabilité défensive, la difficulté d'envisager la toxicomanie et le suicide comme deux manifestations d'une même catégorie nosographique classique ou d'une même structure (s'il fallait en choisir une nous la choisirions psychotique, ceci au sens d'instabilité défensive); ceci renvoie à la notion de "désordre", chez le toxicomane dont parle OLIEVENSTEIN (68). Rappelons à ce propos, que FREUD avait décrit les psychopathes comme des individus chez qui le principe de plaisir persistait aux dépens du principe de réalité. Quant à la dépression qui pourrait être discutée ici nous préférons l'aborder au chapitre suivant.

Cette discussion ne permettant pas de retrouver UN disgnostic psychiatrique ou toxicomane suicidant, nous allons essayé d'établir chez ces sujets un certain nombre de relations, avec l'agi, la Loi et le corps, ces deux dernières années ayant déjà été soulevées dans l'article d'OLIEVENSTEIN sur le portrait psychologique du toxicomane (67), et grâce auquel nous allons pouvoir comparer les significations du symptôme toxicomanie et du symtôme suicide survenant chez des mêmes sujets avant d'aborder sur le plan clinique et surtout psychodynamique la partie centrale de notre étude : la dépression.

APPROCHE PSYCHO-DYNAMIQUE

Si pour le moment le seul repère réellement constant de nos sujets est l'association de leurs deux symptômes une étude plus profonde de leur fonctionnement mental permet-elle d'aller plus loin dans notre recherche ?

Relations avec l'Agi, la Loi et le Corps

Ces relations que nous avons déjà entrevues dans la synthèse clinique vont apparaître comme trois repères significatifs dans l'historicité de nos sujets.

Relation avec l'Agi

La tendance à l'Agi de l'adolescent a été maintes fois soulignée; le terme de crise utilisé pour caractériser cette période de la vie en est une des preuves. Haim à propos de l'adolescence et du suicide écrit : "l'adolescent passe facilement à l'acte ... la tendance à l'acte n'est pas le seul fait des adolescents présentant des difficultés psychiques", et plus loin " la tendance à l'agi de l'adolescent favorise peut être la détermination de l'acte suicide, l'acte suicide lui-même a des origines plus profondes ". MALE (58) parlant de cet état de morosité qu'il rencontre fréquemment chez les adolescents écrit : "cet état morose paraît la cause prépondérante et dominante du passage à l'acte sous trois formes principales : fugue ou délinquance, drogue, suicide. Nous ne voulons pas dire là qu'il n'y ait pas en dehors de ce "cadre de morosité", un grand nombre de réactions de ce type qui relèvent, soit d'un déséquilibre grave qui sera présent ultérieurement, soit d'un épisode juvénile simple réactionnel qui guérira par maturation". L'agi, l'adolescence le suicide et la drogue semblent donc renvoyer selon ces auteurs à des associations signifiantes.

Pour nos sujets nous avons constaté la constance de ces associations, mais notre propos est justement d'apprécier les similitudes et les différences de l'Acte suicide et de l'Acte toxicomanie.

Lorsque nous avons discuté sur la notion de psychopathie nous avons relevé cette tendance à l'Agi particulièrement apparente au début de l'intoxication ou dans la période précédente, nous pourrions du reste la généraliser à presque tous nos cas; et le geste qu'il soit toxicomaniaque ou suicidaire semblait avoir en tant qu'acte le même sens : l'évitement d'une tension et la décharge de cette tension, le caractère volontiers impulsif en état de preuve, la carence d'organisation du conflit et des fantasmes exprimés qui le soutendaient, favorisaient cette décharge dans l'acte (ceci est retrouvé par LEBOVICI et Coll. chez les psychopathes). Peu à peu cependant ces deux formes de gestes, toxicomaniaque et suicidaire, renvoyaient à des actes différents. Nous avons remarqué que se droguer devenait un acte

répétitif, quasi-quotidien, nécessitant les mêmes démarches, le même vocabulaire, les mêmes rencontres, le même imaginaire que l'on retrouve à partir d'un certain temps dans la "planète" ou le "trip", les mêmes fantasmes aussi dont la pauvreté d'expression et la facilité du défoulement explique la difficulté d'accession à l'ordre symbolique, l'exemple le plus frappant étant N ... (cas 4) qui avant chaque "fixe" imaginait une scène d'amour avec sa propre mère et qui en dehors de cela du moins pendant un certain temps semblant manquer d'imagination était incapable d'associer ou de fantasmer spontanément. Les actes suicidaires successifs chez un même sujet, ceci à part quelques cas (22 - 23 - 28 - 33) fonctionnait alors au contraire dans le registre du différent; différence certes avec ceux de la période précédant la lune de miel, malgré que certains signes aient encore souvent une expression impulsive (cas 2 - 3 - 5 - 12 - 25 - 26 - 28 - 31 - 33 - 35), différence dans les moyens utilisés (cas 10 - 12 - 17 - 18 - 27 - 32 - 33)dans les circonstances apparentes, mais surtout différences dans ce qui les soutendaient, pour certains sujets il s'agissait d'actes délirants (cas 20 - 23 - 26 - 31 - 34), certains étaient des acting out (cas 12 - 21 - 26 - 28) de la relation psychothérapique, certains étaient des "démonstrations", à l'intention du voisin (cas 2 - 5 - 17 - 25 - 28 - 29 - 32), d'autres étaient des "évocations" de ce qu'ils imaginaient être leur vie ou leur destin (cas 2 - 6 - 16 - 17 - 19 - 21 - 22 - 25 - 29 - 30 - 31), certains étaient des actes de rupture dans leur propre histoire (cas 2 - 3 - 4 - 5 - 7 - 10 - 12 - 17 - 18 - 25 - 29 - 30 - 32) d'autres des actes de fin (cas 1 - 5 - 6 - 13 - 14 - 15 - 19 - 21 - 28), tous ces actes étaient des actes où le Moi ne pouvait assumer une discontinuité dans la continuité. Les actes suicidaires coïncidaient généralement du reste avec une facilité plus grande de la verbalisation et l'émergence de fantasmes beaucoup plus riches.

Ces actes répétitifs fonctionnant dans le registre du même et ces actes plus ou moins impulsifs fonctionnant dans le registre du différent nous évoquent ce qu'écrivent J.L. COURCHET (21) pour le geste de la mort et E. MILNER (61) pour l'injection du toxique dans leur relation avec le processus de scansion. En 1955 J.L. COURCHET note : "conformément à la tradition psychanalytique j'ai abordé le suicide (dissolution du Moi) par son inverse (activité des défenses du Moi) et je me suis arrêté sur la forme générale de cette défense le processus de Scansion. Connaître les conditions de la perte de ce processus c'est connaître celles de la mort. Connaître les désagrégations motrices de ce processus c'est connaître le geste de la mort". En 1971 E. MILNER écrit : "Avec le flash ou le rush, on a l'impression d'être au coeur du problème dans toute sa complexité : ce que le jeune recherche lorsqu'il s'injecte, après avoir longuement et précisément cherché sa veine, une dose de "cheval" qu'il a préparée après tout un rituel dans la fascination et la peur de l'overdose ou de l'"embrouille" ou les amphés qu'il a pressées en une lenteur efficace ou une halte désespérée, ou encore l'opium, les "barbitos" voire

l'acide, c'est cet acmé, ce moment de scansion dans le temps" .. suicide fonction offensive du Moi, toxicomanie, fonction défensive ?

L'acte toxicomaniaque et l'acte suicidaire semblent donc pour la majorité de nos sujets devenir de plus en plus différent au cours de leur expression dans le temps. Mais une autre distinction est à considérer, nous voulons faire ici intervenir ce que nous appellerons la dimension du jeu.

Se droguer est souvent présenté par nos sujets comme un jeu, jeux de groupe avec les copains, jeux de piste, et jeux d'"arnaque" avec les "dealers", jeux de cache cache avec les parents, jeux interdits avec la police, jeux dangereux avec leur corps. Ces jeux deviennent de plus en plus solitaires, de moins en moins jouables et la découverte par le Moi de la dépendance, du caractère de contrainte par la drogue, de la perte consciente de la maîtrise du jouet est le plus souvent particulièrement pénible. Un autre aspect de la dimension du jeu qu'est l'acte de se droguer est la fonction "transitionnelle" que prend la drogue à un certain moment chez quelques-uns de nos sujets (cas 5 - 12 - 22 - 24 - 26) et la recherche fréquente d'activités artistiques ou artisanales devant remplacer la toxicomanie. WINNICOT a souligné la relation dans l'enfance entre le jeu et les activités transitionnelles. La définition que donne DIATKINE du jeu chez l'enfant nous fait penser que cette présentation de la toxicomanie pour les utilisateurs comme un jeu, renvoient en fait à une fonction plus inconsciente. Cet auteur définit le jeu comme un compromis contenant à la fois une certaine satisfaction pulsionnelle et la dénégation de cette satisfaction; "toute l'ambiguité que revêt l'acte de se droguer (cf article : défonce, bouleversement et ambiguité)" (12) renvoit à notre avis ici à ce compromis. Les tentatives de suicide au contraire sont exceptionnellement vécues - après un certain temps d'intoxication - comme des jeux, elles n'apparaîssent pas non plus comme un compromis, l'activité contenue dans l'acte le prouvant, elles peuvent être tout au plus pour certaines du moins ce que Bela GRUMBERGER (9) décrit dans son article sur le suicide du mélancolique, c'est-à-dire une recherche souhaitée mais irréalisable entre un narcissisme jamais confirmé et une pulsion jamais assouvie.

Ainsi au niveau de l'Agi, l'acte suicide et l'acte toxicomaniaque se différencient après la lune de miel profondément, mais si la facilité de décharge dans l'acte est à retenir chez nos sujets, il nous apparaît par contre difficile de parler de façon inivoque de l'agir. (Comme l'ont souligné SHENTOUB et A de MIJOLLA (22) à propos des alcooliques chroniques).

Relation avec la Loi

OLIEVENSTEIN écrit dans son portrait psychologique du toxicomane : " (la relation avec la Loi) semble évidente. Il s'agit de la transgression ou plutôt du déplacement de la transgression à l'heure où les interdits sexuels vacillent, du moins verbalement et où les parents admettent cette transgression". Si en parlant de la transgression, il situe bien le problème au niveau de l'acte dont nous venons de parler on peut se demander de quelle transgression et aussi de quelle loi s'agit-il, ainsi que la valeur de ces repères lorsque nos sujets se droguent et se suicident.

La recherche de l'anonymat, du prénonymat (pour ainsi dire tous nos cas), et du surnonymat (cas 14 - 24 - 29 - 31) nous semble être une première approche significative. Elle se manifeste par la façon dont s'appellent entre eux nos sujets, comment ils se connaissent et comment nous les connaissons et les appelons (nous n'avons justement pas mis les prénoms dans les cas présentés, par souci du secret professionnel). Cette recherche de l'anonymat se retrouve également par l'accès à celui-ci dans le trip, la planète ou l'ivresse, expériences où les repères spatio-temporaux sont déformés, désubjectivés, explosés, et où la dénomination des sujets et des objets perd ses titres habituels. Cette demande d'anonymat nous semble "être spécifiquement toxicomaniaque". Ce déni du nom du Père mettant en cause ce que ROSOLATO (82) appelle "la légitimité du droit conféré par la filiation" n'est pas rencontré chez les suicidants, n'apparaît que lorsque nos sujets se mettent à se droguer et passent souvent au second plan pour disparaître lors des tentatives de suicide, le père réel, le nom patronymique réapparaissant alors dans le discours du sujet (cas 13 - 14 - 20 - 26 - 29 - 30 - 35), dans les recherches que ce geste déclenche. A un autre niveau c'est ce balancement, père Idéalisé, père Symbolisé qui sous tend cet autre balancement toxicomanie, suicide; ce père Idéalisé (cas 6 - 10 - 13 - 14 - 21 - 24 - 26 - 30) fréquente projection de l'idéal narcissique mégalomaniaque du toxicomane se confondant avec une loi morale complètement déviée, renvoyant à ce désir d'être un Dieu, s'oppose au père Symbolisé, essai d'intériorisation de la loi des autres qui apparaît soit lorsque le sujet se sent obligé de confronter son désir à celui de l'autre (prison cas 15 - 19, cure de sevrage cas 1 - 4 - 17 - 19, etc..) ou dans le cadre d'une relation transférentielle ou pas et qui peut aboutir à une culpabilité débouchant sur un geste suicidaire, soit lorsqu'il découvre l'ambiguité de son propre désir situé comme une loi, ce désir étant de ne plus désirer (la recherche de l'instantanéité ou de l'intemporalité en étant la preuve cf. Nicolas GRIMALDI (47) : ("le désir et le Temps") la blessure narcissique qui en découle débouchant là aussi sur un geste suicidaire.

La loi des autres est donc chez le toxicomane déniée, pour ne faire apparaître que la loi de son propre désir, ou de sa propre "mégalomanie"; l'anonymat permet une désimplication

de la loi morale, de la loi familiale, de la loi civile. Est-on responsable lorsque l'on n'a pas de nom; elle est culpabilisante ou insupportable lorsqu'il se suicide.

Ce balancement perversion dépression se retrouve dans la fonction fétiche que peut prendre la seringue ou la "cuillère". Nous l'avons rencontré chez un certain nombre de nos sujets que nous avons appelés "piquesomanes" (cas 9 - 18 - 24 - 30 - 31 - 35).ROSOLATO (82) écrit : "On lui (l'objet fétiche) a noté déjà un caractère majeur : d'être délimité spatialement, immuable "ferme" pourrait-on dire, identique, sans fluctuation physique, bref transcendant. Cette perrenité à propos de laquelle tout un métabolisme de signification pourra se développer, n'est pas sans évoquer la permanence du désir, et la longue portée de la douleur par rapport au plaisir. Ainsi faut-il que le fétiche soit un objet de douleur"; la seringue du toxicomane prend bien ses différents qualificatifs : l'injection s'appellera le "fixe", la seringue sera à la fois objet de plaisir, de douleur de soin, d'agression, elle sera par ailleurs adulée, idolatrée. Mais lorsqu'il va falloir se tuer le piquesomane contrairement à ce qu'il dit habituellement ne va utiliser que rarement son objet fétiche; il va préférer avaler des médicaments, se jeter sous le métro ou se couper les veines plutôt que se piquer malgré la fonction agressive que revêt ce geste; si la seringue est source de douleur et d'agression, elle n'est que rarement source de mort; ce n'est pas un dieu qui va mourir mais un homme, un dieu n'a pas d'attribut déifié pour se faire mourir, ces attributs ne peuvent que tuer les autres ou le rendre éternel.

Là encore les fonctions des deux conduites toxicomanies et suicides semblent différentes et ce qui nous apparaît comme une nouveauté est un balancement possible entre un Moi idéal primitif (toxicomanie) et un Surmoi intériorisé (suicide), entre la perversion et la dépression de nos sujets.

Relations avec le Corps

La transgression dont nous venons de parler, OLIEVENSTEIN la situe au niveau du corps du toxicomane : "la seule transgression possible, la seule violence possible reste l'utilisation et la transformation de son propre corps". Nous avons vu en effet le malaise que ressentait nos sujets à l'égard de leur corps ceci du moins au début de leur intoxication (cas 2 - 4 - 16 - 17 - 21 - 22 - 28 - 29 - 34). Cela n'est pas pour nous étonner ce malaise étant commun à tous les adolescents. Mais que se passe t-il de plus pour nos cas ?

OLIEVENSTEIN en parlant de la SEULE violence possible nous ouvre la voie à une double réflexion :

- La fixité du "lieu" de l'affect
- La restriction volontaire de la toxicomanie à un éprouvé corporel et nous ajouterons pour notre part du suicide à un éprouvé psychique.

Le malaise ressenti au niveau de leur corps est pour la majorité de nos garçons et de nos filles difficilement mobilisable, ils ne peuvent se détacher du "lieu" où ils vivent leur blessure. Le déplaisir qu'ils ressentent au niveau corporel (sexuel cas 2 - 4 - 7 - 14 - 19 - 20 - 21 - 22 - 25 - 26 - 28 - 31) esthétique (cas 6 - 12 - 16 - 17) ne peut être combattu qu'à un même niveau (plaisir ou/et destruction sensitivo-sensori-moteurs). Cette fixité évoque ce que Haim a décrit dans le processus suicidaire des adolescents : "l'adolescent a en quelque sorte un trouble du schéma corporel ... il est sans cesse courant après la connaissance de son corps ... Chez tous les adolescents suicidaires existent une incapacité à désinvestir l'objet décevant ou perdu". Cette fixité nous la retrouvons essentiellement au début de la symptomatologie clinique de nos sujets.

Mais ce qui nous apparaît comme beaucoup plus important est dans quel "lieu" est situé volontairement, par nos sujets et ceux à qui ils s'adressent, leurs symptômes. Lorsqu'ils se droguent nos sujets parlent de plaisir et de douleur, l'un n'excluant pas l'autre, lorsqu'ils se suicident de désir. Lorsqu'ils se droguent leurs parents parlent de déchéance physique, de mort, demandent comment ils peuvent découvrir l'intoxication, certains journaux allant même jusqu'à donner les signes physiques pour reconnaître "si votre enfant se drogue" : les yeux rouges, les pupilles rétrécies ou dilatées, les traces de piqûres, etc ...; lorsqu'ils se suicident leurs parents parlent de folie, leurs voisins se culpabilisent. Lorsqu'ils se droguent, les médecins parlent de danger, de cure de sevrage, d'éprouvé corporel; OLIEVENSTEIN fait un rapprochement entre la toxicomanie et le diabète. BAILLY SALIN (3) confirme : "Ce qui nous est apparu très important et je crois que tout le monde est d'accord là-dessus, c'est que ce désir (de se droguer) ne se situe pas

à un niveau mentalisé, il se situe à un niveau corporel". Même si ces deux auteurs n'entendent pas le corps au sens restrictif d'une substance organique, le signifiant utilisé a son importance. Comme le souligne FOURNIER (38) la responsabilité du médecin est très lourde, en cas d'un suicide, inexistante en cas d'un échec de cure de sevrage et heureusement. Comme si dans le cas d'un suicide le danger était prévisible, pouvait être évité, devait être connu de l'autre, renvoyant alors à un point unique d'interdépendance, d'expériences et de fantasmes intersubjectifs. Nous pensons que cette restriction que nous avons certes caricaturalisée de la toxicomanie au domaine du corps et du suicide au domaine de l'esprit est un piège, une formation réactionnelle, un voile posé volontairement par les uns et les autres pour cacher ce que signifie ces deux conduites et ce à quoi elles nous renvoient. La mort en fait est physiquement un état commun à tous; qui n'a pas vu, pas senti, pas touché un corps mort ? Sa définition peut être simplement organique; elle est une limite visible, palpable. La "défonce" au contraire est incernable, inexplicable totalement, immesurable, individuelle; ce sentiment corporel diffus de toute puissance dont parle BAILLY SALIN (4) donne justement l'idée d'unicité, de narcissisme que peut revêtir la toxicomanie, où le corps est esprit et l'esprit est le corps; (cf. cas 5 - 13 - 16 - 28 - 29 - 33). Ce n'est que lorsque ce sentiment est battu en brêche, blessé qu'apparaît la limite c'est-à-dire la surface qu'est le corps et qui devient insupportable, le toxicomane redevenant un homme comme les autres, un mortel. Irions nous jusqu'à dire qu'il faut appréhender nos sujets lorsqu'ils se droguent par leur esprit lorsqu'ils se suicident par leur corps; sûrement pas, cette distinction n'étant qu'un des chaînons, mais ce que nous avons souligné est ce double discours dont le décryptage a son importance et qui a peut être fait que la société a créé des centres pour toxicomanes (serait-ce pour qu'ils le restent ?) et est réticente pour financer des centres pour suicidants (serait-ce pour ne pas mourir ?).

Ici nous voudrions inclure une très courte réflexion sur la fréquence de l'homosexualité chez nos sujets; ce que nous pouvons dire est qu'il s'agit le plus souvent d'une homosexualité par amour narcissique en miroir et non d'une homosexualité rentrant dans le cadre d'un oedipe inversé (cas 33) mais cela mériterait évidemment un travail à part; nous ne faisons ici que le souligner.

Pour nos sujets le "lieu" de l'affect est dans la toxicomanie le corps il s'agit d'un corps primitif narcissique confondu avec celui de la mère et que l'Autre ne peut appréhender que par ce qui l'en sépare c'est-à-dire l'esprit ou la surface corporelle, dans le suicide ce "lieu" de l'affect est un tout autre corps, il s'agit ici d'un corps mentalisé que l'Autre imagine illimité c'est-à-dire fou tellement la limite est présente, celle de son propre corps.

C O N C L U S I O N

Ces trois relations que nous avons privilégiées dans l'étude de nos toxicomanes suicidants permettent déjà d'apprécier le bien fondé des hypothèses posées au début de ce travail : les conduites toxicomaniaques et suicidaires ont des significations à la fois semblables et différentes selon les relations étudiées et selon l'historicité des sujets. Ces deux conduites initialement "impulsives" vont nettement se différencier après la lune de miel toxicomaniaque. Si l'acte suicidaire fonctionne alors dans le registre du différent, l'acte toxicomaniaque devient peu à peu répétitif; d'autre part si l'acte toxicomaniaque peut être un "jeu", le suicide n'en est plus un. En ce qui concerne la Loi si la "piquesomanie" peut être une "perversion", le meurtre de soi-même est une dépression, et le balancement de l'un à l'autre est caractéristique ici. En ce qui concerne le corps si le discours sur celui-ci à propos de ces symptômes est un discours en "double bind" c'est que le corps dont on parle n'est pas celui de l'Autre, mais est le nôtre. Si le corps du toxicomane existe par les autres dans lui-même pour lui-même, le corps du suicidant existe par lui-même, dans les autres, pour les autres. Enfin l'homosexualité si souvent rencontrée est une homosexualité à un ou à deux, mais exceptionnellement triangulaire. Cependant en décrivant ces trois relations nous avons l'impression d'isoler différents compartiments dans le fonctionnement mental des sujets, alors que ce fonctionnement mental donne une impression de globalité qui passe à notre avis par le registre de la dépression au sens psychodynamique du terme.

Dépressions, Toxicomanies et suicides

Cliniquement la fréquence des éléments dépressifs est notable chez nos sujets, parfois états dépressifs apparemment réactionnels, ailleurs sans cause directes, souvent moments dépressifs intenses de courte durée, ailleurs encore dépressions graves de tonalité mélancolique. Quelles relations existent il entre cette variété d'éléments dépressifs, les conduites toxicomaniaques et les gestes suicidaires ?

Les auteurs qui se sont intéressés au suicide ont toujours posé le problème de son association avec la dépression. Les avis sont souvent partagés. En ce qui concerne les sujets jeunes le problème est encore plus complexe. Les mécanismes propres à l'adolescence rentrant alors en jeu, DUCHE (28) souligne par exemple la fréquence des dépressions, réactionnelles ou non, dans les cas de tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. HAIM par contre pense que les adolescents suicidaires sont loin de toujours présenter les signes cliniques habituels de la dépression franche. Pour notre part comme nous allons le développer nous avons pu généralement établir une relation directe entre le geste suicidaire et un état dépressif apparemment plus ou moins aigu selon les sujets et selon les moments.

En ce qui concerne la toxicomanie, en relation avec la dépression a été également discutée. Deux psychanalystes ont affirmé cette relation : LEBOVICI et ROSENFELD écrit : "Lorsque nous pouvons être en contact avec l'un de ces sujets et comprendre avec lui certains ressorts de sa conduite, l'action psychothérapique qui s'engage alors risque d'être féconde, puisque sa toxicomanie n'est qu'une des manifestations de sa dépression"; ROSENFELD affirme lui qu'il existe une "étroite connexion entre cette maladie (la toxicomanie) et les états maniaco-dépressifs mais non point d'identité".

Nous voudrions ici approfondir ces relations entre la dépression, les conduites toxicomaniaques et suicidaires et nous demander si nous ne pouvons pas envisager plusieurs types et manifestations de dépression et plusieurs moments dépressifs chez nos sujets non seulement au point de vue clinique mais aussi psychopathologique et psychodynamique.

Nous allons schématiquement distinguer deux types de manifectations dépressives dans l'histoire de nos sujets; l'une renvoyant à ce que nous appellerons "l'Adolescent dépressif" l'autre plus spécifique qui nous intéresse tout particulièrement au "Toxicomane dépressif"; cette succession de ces deux "identités symptomatiques" survenant dans l'historicité de chacun de nos sujets posant le problème de leurs interelations.

Adolescents dépressifs

. A plusieurs reprises, nous avons distingué ce qui se passait au moment de l'apparition des éléments symtomatiques toxicomaniaques et/ou suicidaires, de ce qui succédait à cette "Lune de miel" retrouvée chez tous nos sujets. Adolescents dépressifs nos sujets le sont au cours de cette première période. Cliniquement malgré que la description de ce moment soit ici le plus souvent rétroactive, la symptomatologie manifeste dépressive semble présenter trois caractères particuliers :

- Le caractère réactionnel et brutal à des causes déclenchantes directes, dévalorisation corporelle (cas 17 - 29), séparations des parents (cas 4 - 11 - 18 - 32), perte réelle d'un être cher (cas 33), peur d'une épreuve (cas 4 - 34), la moindre déception (cas 5 - 9 - 12 - 16 - 28), descente d'acid (cas 26), conflit avec une autorité (cas 10 - 17 - 24 - 28), inconnue (cas 27).

- La fréquence d'un certain nombre de sentiments (amertume, hargne, morosité), l'absence d'autres (tristesse pure et tragique, culpabilité, autoaccusation).

- La survenue par à coups brusques et précédants le geste suicidaire d'éléments dépressifs exprimés et verbalisés (insommie, perte de l'appétit, sentiments cités plus haut, idées de suicide), le reste du temps le sujet ne se plaignant de rien. Cependant chez certains sujets ce dernier caractère peut être discuté, la symptomatologie apparaïssant de façon beaucoup plus chronique, le début de la toxicomanie ou les fugues se déroulant dans ce climat (cas 4 - 6 - 7 - 13 - 16 - 17 - 22 - 24 - 26 - 27 - 28 - 29 - 32); peut être en fait s'agit-il des sujets que nous connaissons le mieux posant alors un problème méthodologique.

Ces trois caractéristiques de leurs manifestations dépressives renvoient en fait à une problématique beaucoup plus complexe.

. Nos sujets sont à ce moment là des adolescents et nous retrouvons en fait chez eux ce que les différents auteurs et en particulier HAIM ont décrit dans le travail d'adolescence. Ce dernier s'est demandé si ce travail à tous les adolescents ne s'apparentait pas moins à l'état de dépression qu'au travail de deuil : "la position de l'adolescence vis-à-vis de la perte d'objet ressemble plus à celle du sujet endeuillé que du déprimé.

Cette perte d'objet est à mettre au compte de "l'immense contradiction qui secoue l'adolescent, dans l'ambivalence fondamentale qui marque chacun de ses investissements objectaux et narcissiques il a sans cesse ces choix à faire qui, quels qu'ils soient lui font subir une perte. Cette perte d'objet est à mettre en relation avec les tentatives de désinvestissement de l'objet parental, ce dernier étant remplacé par une image "d'objet idéal parfait". Or, nous avons remarqué à cette époque de la vie chez tous nos sujets suivis depuis

assez longtemps l'ambivalence de leur investissement, le désinvestissement de l'objet parental et le remplacement par l'objet idéal parfait que peut être le copain qui se drogue, et même la drogue, nous en reparlerons. Pourquoi deuil plutôt que dépression ? HAIM oppose la mobilité, la possibilité de désinvestir l'objet perdu dans le deuil à la fixité au cercle de la répétition sans fin de la dépression. Ici intervient ce qui nous fait penser qu'au contraire pour nos sujets, il s'agit plus d'un état de dépression (à ce moment là au sens psychodynamique du terme, que d'un travail de deuil aussi complexe soit-il. Nous voudrions alors reprendre les points qui font penser que l'adolescence de nos sujets est particulière, c'est-à-dire que la période qui précède la grande dépendance toxicomaniaque est marquée d'un certain nombre de traits spécifiques non seulement apparents mais aussi latents.

. Pour cela, nous allons étudier les différentes particularités psychologiques que HAIM retrouve chez les personnalités des adolescents suicidaires, nous demander si nos sujets les présentent et si nous pouvons en remarquer d'autres.

- La particularité de l'humeur répondant à la loi du tout ou rien, la fréquence du dépit, de la déception, de la honte alors que le sentiment de culpabilité proprement dit est rare sont à retenir chez nos sujets à cette période. Elle apparaît nous l'avons vu d'une façon caricaturale, au moment des tentatives de suicide. Mais cette morosité dont parle aussi MALE est souvent une toile de fond voilée par les sorties et les entrées théâtrales de la joie, de l'excitation, toile de fond particulièrement représentée par la société telle qu'elle est réellement, décevante, morale, violente et cruelle, mais dont nos sujets ne peuvent se détacher, ne trouvant pas les ressources internes pour se défendre contre cette "marâtre" massivement signifiante et avec laquelle ils dépensent la majeure partie de leur énergie. Se droguer a alors à ce point de vue là, la même signification que tenter de se suicider.

-"L'insuffisance d'intégralité de la temporalité" (HAIM) "L'impuissance à structurer le niveau temporel" (POROT et coll) (76) sont elles aussi caractéristiques chez nos sujets. FAU et coll. (34) écrivent en ce qui concernent les jeunes suicidants : "le temps vécu est rétréci comme dimension de l'évènement immédiat et perd dès lors la valeur de l'irrémédiable". Qu'il s'agisse du passé dont ils ne veulent plus entendre perler, du futur dont ils se fichent, ou du présent qui est "une succession d'instants plus ou moins impulsifs"(POROT et coll.) le temps par le fait même qu'il s'agit d'une diminution engendrant l'irréversibilité, l'idée du balancement continuité, discontinuité, est trop angoissant. On comprend alors mieux la puissance, la force, l'énergie que contient l'instant, instant où l'on plane, instant de la montée, de la descente, du rappel, instant où l'on tente de tuer le temps, de se tuer. Cele est à rapprocher de ce que nous avons dit dans la description de l'acte suicidaire ou toxicomaniaque, qui à cette époque de leur vie apparaîssait l'un comme l'autre comme essentiellement impulsif.

- Les troubles de l'élaboration et son corrolaire le passage à l'acte, ont également été abordés plus haut, et nous avons vu que l'acte suicidaire et l'acte toxicomaniaque étaient équivalents à cette période.

- Par contre, nous voudrions insister sur ce que HAIM appelle "l'insuffisance des mécanismes habituels de défense" qui lui apparaît comme un des traits les plus constants chez tous les adolescents suicidaires. Nous avons déjà parlé de l'incapacité à désinvestir l'objet décevant ou perdu et de l'insuffisance des mécanismes de défense caractéristique d'une structure psychopathologique (états névrotiques ou psychotiques francs exceptionnels). Qu'en est-il des mécanismes projectifs, mécanisme souvent utilisé par l'adolescent ? Ici apparaît combien la drogue et le suicide traduisent l'insuffisance d'élaboration des mécanismes projectifs. En effet lorsqu'ils vont tenter de se suicider, nos sujets vont soit s'autoagresser, soit détruire la réalité, soit tenter d'amener cette réalité à une image idéale, renvoyant à leur Idéal du Moi, dont on a dit qu'il était mégalomaniaque, soit le plus souvent associer ces trois fonctions. La drogue, elle va permette à cet adolescent dépressif, mais de façon toute extérieure, car l'insécurité est au premier plan, de projeter sur un groupe non toxicomane, un individu non toxicomane, un produit non toxicomane, c'est-à-dire le médicament, cette image mauvaise qu'il REFUSE en lui. Se droguer et se suicider sont les types mêmes de mécanismes projectifs de défence "ratés" : Se suicider parce que l'agressivité primaire l'emporte sur la projection, la carence narcissique sur la maturation pulsionnelle; se droguer parce que la projection ne peut être refoulée, nous en reparlerons. La question est de savoir pourquoi à cette période de leur vie nos sujetsdont nous dirions donc volontiers qu'ils sont des adolescents dont le "deuil est cliniquement raté" qu'ils aient commencé par une tentative de suicide ou par fumer du haschich vont devenir des toxicomanes. Le problème de la rencontre nous apparaîssant être un faux problème; ils peuvent en effet alors de nos jours aussi bien rencontrer objectivement un tube de tranquillisants qu'un "joint" de haschich.

" Toxicomanes dépressifs "

Comment nos sujets vont s'arranger du "ratage" du deuil de leur adolescence ? En quoi l'évolution de leur symptomatologie et de leur histoire va répondre à cette question ? En effet d'adolescents déprimés nos sujets vont progressivement devenir toxicomanes.

La "lune de miel"

Succédant à la période précédente et pendant un certain temps tous nos sujets vont centrer leur vie sur la recherche du toxique, non absorption puis son injection; ils vont apparaître comme des gens heureux de vivre, nous osons

dire "équilibrés", satisfaits de leur existence se plaignant de certaines tracasseries causées par leurs parents ou la justice mais qui à leurs yeux ont alors bien peu d'importance par rapport aux plaisirs qu'ils éprouvent en se droguant. Durant cette période aucun ne commettra un geste suicidaire, la "vie étant trop belle", pour mourir. Apparemment aucun symptôme clinique de la série dépressive, ne transparaît il n'existe aucune demande d'aide médicale ou psychologique. Là encore l'étude sur cette période ne pourra être que rétrospective ou fondée sur une relation irrégulière avec les sujets venant épisodiquement voir leur thérapeute s'ils ont entrepris antérieurement une psychotérapie ou si leurs parents ou la justice les obligent à consulter un médecin. Nous avons été étonné de voir cette période scotomisée, à l'exception des plus avertis, par les différents auteurs qui se sont intéressés aux toxicomanes; peut-être comme le dit OLIEVENSTEIN (66) parce que cela "détruit ce qui fait le sens pour autrui". Le toxique donne alors l'impression d'être un merveilleux artifice, de combler les manques les plus impénétrables. Ces manques "impénétrables" semblent transpercés, télécospés nous faisant approcher ce qu'OLIEVENSTEIN appelle le transfini et sur lesquels buttent les psychanalystes. C'est peut-être à ce moment là qu'ils nous donnent l'impression d'être les plus pervers : castration, manque, désir sont même à notre avis beaucoup plus déniés, ils semblent dénaturés. Mais qu'en est il de la structure sous jacente, qu'est devenu ce deuil "raté", le fonctionnement mental a t-il été autant bouleversé par la drogue qu'il y paraît ? Certes nous ne pouvons plus parler d'adolescents mais de toxicomanes; il y a eu glissement de leur identité et de notre rôle par la même occasion.

La toxicomanie répond alors à notre avis à une double exigence :

. Le gain économique qu'elle représente par rapport au suicide
. La lutte contre la dépression.

Si le suicide demande une défense énergitique considérable l'investissement et contre investissement qu'il représente exigeant chez nos sujets un effort d'autant plus important que le geste apparaît comme volontaire, souhaité, et donc économiquement important (du reste il s'agit à notre avis plus d'un compromis que d'une seule tentative de réduction des tensions). La toxicomanie au contraire répond "parfaitement" à cette tentative de réduction des tensions, il n'y a pas refoulement mais défoulement, il n'y a pas béance mais comblement, il n'y a pas retournement de l'agressivité sur le moi, mais extraversion du plaisir sur un objet extérieur, et si à ce moment là il y a dépense d'énergie elle semble beaucoup moins importante que pour le suicide. Nos sujets ne donnant d'ailleurs absolument plus une impression de lutte comme celle que nous constations dans la période précédente. La toxicomanie représente donc bien un gain économique par rapport au suicide.

Cependant la toxicomanie représente une certaine dépense d'énergie, le Nirvana recherché n'étant pas parfait.

En effet nos sujets vont utiliser en se droguant un certain nombre de mécanisme de fonctionnement mental habituellement destinés à lutter contre la dépression :

. L'organisation de la fantasmatisation
. Le clivage de l'objet avec ses conséquences, la projection et l'identification projective.
. L'identification à l'objet idéal
. La recherche de sublimation
. L'atemporalité des expériences.

- L'organisation de la fantasmatisation

A la pauvreté fantasmatique de la période précédente qui n'est en fait qu'une pauvreté d'expression de fantasme devant quelqu'un ou avec quelqu'un va succéder une certaine richesse expressive permettant de découvrir un sens au matériel fantasmatique présente. Nous nous en sommes essentiellement rendus compte dans notre deuxième série de cas, permettant même de repérer la fréquence de certains fantasmes originaires (vie intra-utérine inceste). Mais ce qui est important est que l'organisation de l'expression de ces fantasmes est "centré" sur la drogue, le "trip", la "planète" dans une complémentarité de type antygène anticorps qui pose problème. Ils viendront nous les exprimer et nous aurons tendance à oublier qu'ils sont apparus "sous trip" et non dans un rêve ou à travers une série associative de pensées ou d'images dans le cadre d'un transfert.

- Le clivage de l'objet avec ses conséquences, la projection et l'identification projective.

La drogue va également permette au toxicomane de respecter dans son système défensif le clivage de l'objet (bon, mauvais, mais aussi idéal, réel, intérieur, extérieur). Là encore l'objet est touchable, visible, achetable, c'est un "joint", une "pill", une "dose", et le clivage, (mais s'agit-il alors d'un clivage au sens ou l'entendent les psychanalystes) va être sur les qualités, intérieures, extérieures.

Les conséquences du clivage, la projection et l'identification projective (la drogue remplissant l'individu, l'individu remplissant la drogue, et donnant ainsi l'image d'un contenu et d'un contenant), vont être les mécanismes essentiellement représentés. La projection nous avons dit plus haut qu'elle était toute extériorisée, l'identification projective aboutit elle à cette période le plus souvent à une confusion du contenu et du contenant. Là encore si se droguer renvoie à des mécanismes défensifs contre la dépression ceux-ci sont distordus, inachevés ou détournés de leur but initial par le fait même que la drogue est à la fois cause et conséquence.

- L'identification à l'objet idéal

Le toxicomane s'identifie également alors à son objet ("je suis speed") il le prend comme exemple, comme idéal. Tout ce qui touche de près ou de loin à la "défonce est sien, tout ce qui s'en éloigne est mauvais, est autre. Cependant la descente, le manque vont venir constamment ébréché ce mécanisme.

- La maîtrise de l'objet

Cet objet idéal sur lequel il tente de projeter son propre idéal du Moi mégalomaniaque et auquel il tente de s'identifier éperdument il ne maîtrise, le connaît, calcule les doses dont il pense avoir besoin; contrairement au débuttant, il sait reconnaître le "cheval" du lactose, il ne se fait plus vendre de la "paille" pour du haschich, il choisit les différents types de LSD qui circulent, il connaît les différentes sortes d'amphétamines et les équivalences de chacune d'entre elles pour obtenir le même effet. Mais en le maîtrisant il accentue par ailleurs son sentiment de toute puissance, s'enfermant dans un cercle vicieux sans fin et signant là encore l'échec de ce mécanisme de lutte contre la dépression, car dès que l'objet réel, extérieur vient à manquer, tout peut s'écrouler.

- La recherche de sublimation

Il est fréquent qu'à cette période les sujets écrivent leur autobiographie, se référant entre autre à quelques prédécesseurs célèbres, composent des poèmes où transparaît souvent une profonde tristesse, s'adonnent à des activités artistiques ou artisanales (peinture, musique, sculpture, émaux, bijoux etc ...) ou se plongent dans l'étude et la pratique du mysticisme, de religions orientales en particulier le Zen. Ce qui frappe dans cette recherche de sublimation est l'inachèvement des différentes entreprises (exemple typique, cas 21 - 29)

Cette recherche de sublimation est à associer à la relation qui peut exister entre le narcissisme et la dépression; Bela GRUMBERGER écrit : "A mon sens, il ne faut pas perdre de vue ces expériences absolues de l'instance narcissique, quand on pense avec Edith JACOBSON - à la richesse des sublimations du déprimé". Mais ici encore l'inachèvement des différentes entreprises souligne la fragilité de ce mécanisme de défense.

- L'atemporalité des expériences.

BAILLY SALIN parle de l' "abolition du temps et des besoins dans une pure et simple recherche du toxique". C'est à cette période qu'elle nous est apparue la plus importante

Tout le déroulement de la journée du toxicomane est centrée sur ces expériences. Jamais par exemple nos sujets ne nous parleront alors de leur âge, du temps écoulé; le jour et la nuit ne sont différents que par l'heure de la vente, l'heure de rencontre avec le "dealer", il n'ya ni dimanche, ni jours de fête, à cette période de leur vie pour se droguer, les journées sont semblables les unes eux autres n'étant pas le repère choisi. Quant au "trip" ou la "planète" leur caractère d'atemporalité est encore plus net; OLIEVENSTEIN utilise les termes "d'éclatement du temps", de "dans un même temps". C'est en effet cela que nous avons découvert dans les cas cliniques étudiés. On ne peut s'empêcher de rapprocher cette constatation de ce que FREUD avait souligné dans le "problème économique du masochisme" : le plaisir que l'on tire de la montée et de la chute de la tension pourrait être dû aux taux de changement survenant dans les "limites d'une unité de temps donnée". Mais là encore si le déroulement temporel de l'existence n'est pas ressenti par le sujet qui s'il n'a pas de projet d'avenir n'a pas non plus de regret passé, le temps qu'il organise est factice et peu à peu le sujet s'en rend compte.

Ainsi durant cette "lune de miel" le Moi de nos sujets va remplacer les défenses qu'il n'a pu acquérir au cours de sa construction spontanée par une PROVOCATION EXTERIEURE de mécanismes de défenses représentés et/ou engendrés par la drogue qui sauvegarde alors la permanence du désir, son inassouvissement, la continuité du Moi. Mais de même qu'ils ont "ratés" leur deuil nos sujets "ratent" intérieurement leur lutte antidépressive : l'organisation des fantasmes est inséparable de l'expérience toxicomaniaque, le clivage de l'objet est un pseudo-clivage, la projection est toute extériosée, l'identification à l'objet idéal est confronté avec la réalité contredisant cette idéalisation la maîtrise de l'objet débouche sur un cercle vicieux et va bientôt être remise en cause par la dépendance qu'entraîne cet objet, le mécanisme de sublimation est fragile, l'atemporalité des expériences vitales est progressivement remise en cause par la réalité elle-même. Ainsi on peut parler d'une lune miel "momentanée". Durant cette période le Moi de nos sujets est orthopédique, tout extériosé; la drogue va satisfaire l'Idéal du Moi megalomaniaque et ses projections, va confirmer le narcissisme du sujet mais tout artificiellement. Ce Moi ne s'appuie pas sur le déroulement du processus de deuil nécessaire à son évolution. La drogue apparaît alors comme un merveilleux artifice et non pas comme un produit comblant les manques les plus impénétrables. Même en se droguant ces sujets répondent à une même problématique, celle de l'impossible confrontation entre leur Idéal, leur carence narcissique et la Réalité peu disposée à les aider. La brêche entrouverte ne s'est pas refermée, la drogue ne s'est introduite que comme essai de transition entre les objets externes et les objets internes, la faillite en est d'autant plus pénible. Si les mécanismes de défense utilisés évoquent plus ceux de la défense maniaque c'est-à-dire le déni des objets internes et de l'angoisse que de la réparation, la drogue en

tant qu'objet extérieur permet justement d'"assumer", les différentes fonctions de ces mécanismes et permet au sujet de ne pas symptomatologiquement se présenter comme un maniaque ou un sujet ayant réussi sa dépression; c'est en ce sens que nous avons parlé de mécanisme de défense ratés, car au fond l'investissement continu de l'objet recherché et représenté alors par la toxicomanie est artificiel et ses conséquences c'est-à-dire les mécanismes de défense antidépresseurs ne peuvent que l'être.

Que se passe t-il lorsque nos sujets tendent à nouveau de se suicider ?

La discontinuité réapparaît

A cette délicieuse période fait suite une existence bien différente. Le "manque", la "descente", vont devenir beaucoup plus pénibles : à la douleur va succéder le déplaisir; à la peur l'angoisse; à l'"équilibre", le déséquilibre; à la satisfaction, l'ennui; à la gaieté, la tristesse; à l'activité, l'inhibition psychomotrice; à la vie à tout prix, la mort à bas prix. Mais en même temps il sera toujours possible de retrouver certes momentanément et maintenant "on le sait", cet état antérieur où tout se passait bien. Ce qui est peut être le plus important est qu'à la CONTINUITE artificielle durant la lune de miel, va succéder une DISCONTINUITE manifeste et latente.

Cliniquement vont se succéder plus ou moins régulièrement des épisodes toxicomaniaques et des états franchements dépressifs dont l'acuité est manifeste et au cours desquels le risque suicidaire est sérieux et va même pour certains en s'aggravant. C'est au cours d'une cure de sevrage (COCTEAU écrivait : "Après la désintoxication, le pire moment, le pire danger. La santé avec ce trou et une tristesse immense. Les docteurs vous confient loyalement au suicide"), ou au décours d'un état de manque, d'une "parano" ou lors de la reviviscence d'une situation précédemment suicidogène, que les sujets vont faire à nouveau un geste suicidaire dont la tonalité mortifère n'est pas comparable avec ce qui pouvait se passer avant. Cliniquement de dépressions "exogènes", nous avons l'impression de passer à des dépressions "endogènes", de l'impulsion de l'adolescence à la compulsion du chronique, du déroulement linéaire de la symptomatologie à la répétition de moments symptomatiques dépressifs, toxicomaniaques, suicidaires.

Mais ce changement de rythme symptomatique renvoie à une modification beaucoup plus profonde du fonctionnement mental. Nous rentrons ici dans un domaine en grande partie hypothétique et les affirmations que nous présentons ne peuvent être considérées que comme des hypothèses. Deux possibilités psychodynamiques vont alors s'offrir à nos sujets :

- Le cycle
- La rupture

Certains vont utiliser la première possibilité, d'autres la seconde, certains enfin vont les utiliser successivement (cas 13 - 16 - 18 - 25 - 26 - 29 - 31 - 32)

- Le cycle

Nous allons distingué quatre types de cycle à partir de nos cas cliniques.

. Le premier correspond à ce que Rosenfeld décrit dans son article sur la toxicomanie et que nos pages précédentes laissaient entrevoir, c'est-à-dire un état rappelant de beaucoup la psychose maniaco-dépressive; le ratage des mécanismes de défense maniaque dû, soit à l'effet pharmacologique de la drogue, soit à la mise à l'épreuve quelque soit de ce Moi extérieur entraînant souvent la tentative de suicide et toujours la dépression qui peut être à son tour combattue par cet immortel souvenir de la lune de miel et sa conséquence, la reprise ou l'augmentation de l'intoxication, et ainsi de suite; (cas 1 - 2 - 13 - 18 - 24 - 26 - 28 - 29 - 31 - 32).

. Le second assez proche du premier et parfois intercorrelé avec celui-ci est le balancement paranoïa-dépression. Les paranos le plus souvent déclenchées par les amphétamines mettent le sujet à l'abri de l'auto-destruction par la projection de l'agressivité elles sont en outre utilisées dans un sens hédonique pour lutter contre la dépression (cf. PENOT qui décrit ce phénomène chez les enfants déprimés (70). Mais lorsque ces paranos débouchent sur des états franchement délirants, le thérapeute utilisant des traitements sédatifs et neuroleptiques coupent court à l'éclosion du délire. Ces sujets accusent alors le toxique de les avoir plongés dans un tel état et se déprime très souvent (ceci rappelle bien le balancement cité entre autre par NACHT (62) et H. DEUTSCH (25)entre la paranoïa et la dépression, mais là encore le souvenir de cette lune de miel réapparaît tôt ou tard et comble le vide dépressif. Mais alors de nouvelles "paranos" peuvent survenir et aboutir à leur tour à des états dépressifs.

. Le troisième correspond à celui que Bela GRUMBERGER décrit pour le suicide du mélancolique : "son instance narcisique frappe son Moi à cause de l'insuffisance de celui-ci, incapable aussi bien de rechercher efficacement le plaisir que de l'assumer. Et comme chaque nouvel échec retentit sur ses possibilités opérationnelles, la diminution de sa valeur fonctionnelle lui attire les sanctions de l'intance narcissique, ces sanctions mêmes réduisent ses moyens d'action, et ainsi de suite, un véritable cercle vicieux s'installe sous le signe d'une

auto agressivité permanente qui n'est ni formelle, ni symbolique, comme chez le masochiste, mais d'une implacable réalité". (cas 4 - 6 - 9 - 12 - 16 - 19 - 21 - 22 - 25 - 29). Il s'agit ici de sujets dont les gestes deviennent de plus en plus mortifères, plus ils font des tentatives de s'en sortir, plus ils sombrent, ce sont ceux qui ont le plus souvent besoin de formations narcissiques.

. Enfin un quatrième cycle peut être étudié qui est souvent dans nos cas le signe d'une évolution positive, il s'agit de celui décrit par LEBOVICI cercle vicieux "qui conduit du besoin incoercible à la culpabilité, de la culpabilité à la dépression, de la dépression au besoin (cas 1 - 11 - 22 - 33 - 35). En effet dans ce cercle intervient la culpabilité et la possibilité d'intériorisation d'un Surmoi survenant grâce à la psychothérapie, le psychothérapeute ayant assumé auparavant d'être une mauvaise mère, ce qui n'est pas une mince besogne à l'égard de ces sujets chez qui l'extériorité a tant d'importance et dont les macanismes d'intériorisation et de refoulement secondaire sont si pauvres. A propos de ces différents cycles, nous pouvons plus certainement constater que ces différents cycles peuvent se décrire chez un même sujet ou se succéder dans son histoire personnelle, le point commun étant en fait, qu'ils surviennent ou non chez un même sujet, la gravité de cette dépression, n'importe comment au point de vue psychodynamique de niveau mélancolique.

- La rupture

Qu'entendons nous maintenant par rupture ? Nous sommes ici encore plus dans le domaine des hypothèses. Chez quelques-uns de nos sujets certaines circonstances vécues consciemment vont déclencher un traumatisme psychique à l'origine d'un clivage du Moi. Reprenons ce que dit FREUD à ce sujet : "Il m'est rnfin apparu que le moi juvénile de la personne que l'on apprend à connaître des dizaines d'années plus tard comme patient analytique s'est comporté d'une façon bien curieuse dans des situations déterminées d'instants pression. La condition d'un tel comportement peut s'indiquer d'une manière générale et plutôt indéterminée en disant qu'il se produit sous l'influence d'un traumatisme psychique ... Supposons donc que le moi de l'enfant se trouve au service d'une puissante revendication pulsionnelle qu'il est accoutumé à satisfaire, et que soudainement il est effrayé par une expérience qui lui enseigne que la continuation de cette satisfaction aurait pour conséquence un danger réel difficilement supportable. Il doit maintenant se décider : ou bien connaître le danger réel, s'y plier et renoncer à la satisfaction pulsionnelle, ou bien dénier la réalité, se faire croire, qu'il n'y a pas motif de craindre, ceci afin de pouvoir maintenir la satisfaction. C'est donc un conflit entre la revendication de la pulsion et l'objection faite par la réalité. L'enfant cependant ne fait ni l'un, ni l'autre ou plutôt

simultanément l'un et l'autre, ce qui revient au même. Il répond au conflit par deux réactions opposées, toutes deux valables et efficaces. D'une part, à l'aide de mécanismes déterminés il déboute la réalité et ne se laisse rien interdire; d'autre part, dans le même temps, il reconnaît le danger de la réalité; assume, sous forme d'un symptôme morbide, l'angoisse face à cette réalité et cherche ultérieurement à s'en garantir. Il faut reconnaître que c'est là une très habile solution de la difficulté. Les deux parties en litige ont reçu leur lot : la pulsion peut conserver sa satisfaction; quant à la réalité, le respect dû lui a été payé. Toutefois, comme on le sait, seule la mort est pour rien. Le succès a été atteint au prix d'une déchirure dans le moi, déchirure qui ne guérira jamais plus, mais grandira avec le temps. Les deux réactions au conflit, réactions opposées, se maintiennent comme noyau d'un clivage du moi".

Pour notre part, les sujets vont se scinder en un Moi-drogue et un Moi-non drogue qui vont coexister l'un à côté de l'autre et nous donner l'impression que nous avons à faire à deux sujets différents : l'un toxicomane, connaissant bien le produit utilisé, se droguant sans angoisse ni dépression, ni suicide (l'objet étant source alors connu de mort le sujet ne peut l'être), en se laissant rien interdire l'autre Moi variable selon les sujets, certains pouvant être délirants (cas 13 - 14 - 20 - 26 - 27 - 31), d'autres d'êtres chroniquement déprimés (cas 29 - 30 - 32), d'autres enfin de vivre de façon tout à fait adaptés (cas 16 - 18 - 25). Nous avons en outre constaté ce mécanisme chez les sujets que nous avons considérés présenter un état psychopathologique franc : une partie de leur Moi étant toxicomane, une autre partie névrotique ou psychotique. Bien sûr parler d'un Moi psychotique conforme à la réalité, paraît contradictoire, c'est pourtant ce que nous constatons, si nous ne nous défendons pas derrière notre propre réalité.

De quel traumatisme psychique s'agit-il ? Nous émettons ici comme hypothèse que le point de rupture correspond à une rencontre de plusieurs éléments : impression d'une impossibilité de s'en sortir, prise de conscience de la perte de la maîtrise del'objet ou de son fantasme, (le balancement entre la libido narcissique et le sentiment d'abandon cité plus haut témoigne de l'importance du fantasme de la perte de maîtrise de l'objet renforçant la première), prise de conscience que la drogue est un leurre. Ces différents éléments renvoient en fait à l'hypervalorisation d'une partie pleine de signification symbolique, destructive dans le tout, mécanisme qui pour DIATKINE (26) peut déclencher un processus de clivage du Moi. Tout ce qui est signifié dans la drogue devient essentiellement destructeur.

La question est de savoir, si ce clivage n'existait pas auparavant. Nous savons que certains auteurs ont souligné ce mécanisme de défense chez les Borderlines (MASTERSON) et chez les psychopathes (Madame KESTEMBERG). Pour notre part nous ne l'avons quasiment pas constaté avant ce moment de rupture, mais cela est peut être dû à notre méthodologie ayant en fait

très peu de matériel détaillé pour la phase précédant l'intoxication. Par contre dans la relation avec le Moi, nous avions étudié le "côté perverse" de nos sujets peut-être là existe t-il un fil conducteur.

Une autre question se pose à nous. Ce Moi drogue, n'est-il pas la représentation d'un faux self de dépendance tel que le décrit WINNICOT ? Faux self qui se constituerait afin de répondre aux besoins de l'environnement, qu'est ce monde de la drogue et qu'est la drogue elle-même dont le sujet vit alors intensément les exigences.

Enfin une fois "Clivé", quand le sujet va t-il tenter de se suicider ? Certes nous avons dit que le Moi non drogue peut être chroniquement déprimé ou délirant et donc être entrecoupé de gestes suicidaires, mais ce Moi clivé peut-il aboutir dans son ensemble au suicide ? On peut émettre l'hypothèse que lorsque ce clivage renvoie de trop à l'idéal narcissique perdu la dépression de niveau mélancolique prend le dessus et peut être à l'origine de tentatives de suicide.

Nous nous rendons compte que ces hypothèses sur le clivage du sujet sont hasardeuses, peut être l'idée de rupture nous gêne t-elle, ayant la ferme intuition que le toxicomane lutte essentiellement contre une discontinuité par tous les moyens qui peuvent lui apporter un sentiment de continuité (retour à un état antérieur, cycle, clivage).

Les relations entre Dépressions, Toxicomanies, et Suicides sont chez nos sujets fort complexes. Certes s'il existe plusieurs types et manifestations de dépression :

- Réactionnelles ou non
- Aigus ou chroniques

si ces différences renvoient à des moments successifs dans l'historicité de nos sujets :

- Adolescents déprimés
- Toxicomanes déprimés chez qui se succèdent
  - La lune de miel
  - La réapparition de la discontinuité

à des types de fonctionnement mentaux différents selon les sujets :

- Cycles
  - Maniaco-dépressifs
  - Paranoïa-dépression
  - Instance narcissique - Insuffisance du Moi
  - Besoin - culpabilité - dépression

- Rupture

leurs expériences psychodynamiques et leurs interelations restent hypothétiques. Nous avons cependant toujours l'impression d'un moindre mal comme le témoigne la rareté des suicides réussis, comme si au niveau symptomatique, quand ils se déprriment de trop, nos sujets se droguent, quand ils se droguent de trop ils tentent de se suicider, quand ils se dissocient de trop, ils se droguent ou se déprriment; comme si au niveau psychodynamique ils ratent leurs différentes tentatives d'élaborer un système défensif maturatif (deuil, dépression, réparation), mais par contre réussissent grâce à la drogue à assumer la fragilité de leur équilibre psychique. Ceci semble cependant déboucher par le cycle ou la rupture dans le domaine de la répétition, non pas répétition réelle entraînée par le produit, mais répétition beaucoup plus profonde, n'apparaîssant que progressivement et ne pouvant être supportée par les sujets et par les autres que justement comme moindre mal. Ceci nous ouvre la voie d'une réflexion sur la compulsion de répétition et la notion de la pulsion de mort chez nos sujets.

Relation avec la Mort

Lorsqu'on parle de la Toxicomanie, on parle de la Mort, lorsqu'on parle de Suicides, on parle de la Mort. Mais qui en parle et de quelle Mort s'agit-il, Mort réelle, conduite auto-destructrice, ou Pulsion de Mort ?

Essayons tout d'abord d'apprécier ce qu'en disent nos sujets dans leur vie en général et dans la description de leurs conduites.

Là encore la Mort n'a vraisemblablement pas la même signification au début de l'expression des symtômes et ensuite.

Présence de la Mort dans le discours et dans la description des symtômes

Nos sujets vont tout d'abord parler de la Mort comme tout adolescent, c'est-à-dire sur un mode de rationnalisation, et d'intellectualisation, avec un certain plaisir, à peine voilé dans une sorte de jeu, dont l'ambiguité n'échappe à personne. Ils vont en parler souvent, en particulier en groupe en se référant à des thèmes mystiques ou des conceptions philosophiques.

Cependant nos sujets vont plus loin, ils vont manipuler l'idée de leur mort volontaire, là encore en intellectualisant et en y prenant un certain plaisir, ceci avant le geste. Quand ils vont tenter de se suicider dans ce qu'ils en disent le plus souvent rétrospectivement, on constate que la Mort n'est pas la principale composante de l'acte, il s'agit beaucoup plus du "j'en ai marre" du refus de vivre "comme les autres", la "cause déclenchante", la tonalité dépressive que du désir de mourir. Ceci est aussi net chez les sujets qui ont commencé par une tentative de suicide que chez ceux qui ont tenter de se suicider quelques temps après le début de l'abus de drogues.

Quand ils parlent de cet abus, là aussi la tonalité mortifère y est faible. Ce sont les parents, les éducateurs, les médecins qui parlent de la Mort dans la toxicomanie. Certes nos sujets se font peur mais ils connaissent bien les effets des différentes droguent, beaucoup mieux que les adultes et en jouent : la Mort en se droguant oui ça peut arriver, mais c'est par accident; on ne se drogue pas pour mourir (comme le pensent les autres), par refus de vivre (comme pour la tentative de suicide), mais pour vivre une autre vie; on utilise du haschich, du LSD, qui ne sont du reste pas directement mortifère, pas du vin comme papa ou maman.

Cependant se droguer est aussi le meilleur moyen de se défendre contre l'imagination de sa propre mort :

- "Se droguer est une fête" et la fête comme le dit

Roger CAILLOIS (16) est "l'institution antimortifère par excellence".

- Se droguer c'est "exogénéiser" la Mort ce n'est pas eux qui se donnent la Mort, c'est le produit institutionnalisé comme mortifère.

- Se droguer n'est pas définitif, n'est pas irréversible. Un de nos sujets disait : "Ceux qui ont fait le trip final n'ont plus peur de mourir, ils ne savent plus ce qu'est la vie, ni ce qu'est la mort ... je voudrais faire ce Trip Final et recommencer plusieurs fois". Un autre ajoutait : "Que je me drogue ou que je me suicide c'est pour laisser un message immortel".

- Se droguer c'est aussi manipuler l'hétéro et l'auto agressivité à sa guise : "en me droguant je ne pense plus à tuer mon père"; en me droguant j'emmerde les autres".

- Se droguer c'est enfin contrôler le déroulement du temps en l'instantanéifiant, nous en avons parlé plus haut.

Ainsi dans cette période quand nos sujets parlent de la Mort ils l'associent peu à leurs conduites qu'elles soient suicidaires ou toxicomaniaques et quand ils l'associent c'est l'"intellect" qui parle et non "l'instinct".

Durant la "lune de miel" la Mort a pratiquement disparu du discours manifeste. La fonction défensive de la toxicomanie à cet égard semble ici optimum; cette absence est si intense qu'elle peut être associée à l'ensemble des mécanismes de défense étudiés plus haut dans le chapitre de la dépression; quand on est tout puissant on ne peut mourir; se droguer "c'est le pied", un point c'est tout. Là encore d'adolescents déprimés, ils sont devenus toxicomanes.

Mais plus ou moins progressivement et ceci en relation étroite avec les sentiments dépressifs la Mort va apparaître en fait pour la première fois en tant que désir de mourir. Dans le déroulement de l'existence en général, les sentiments d'en finir définitivement apparaîssent plus ou moins épisodiquement; dans les gestes suicidaires, la tonalité mortifère va être de plus en plus importante, dans la conduite toxicomaniaque, qu'elle soit présentée comme moyen de survivre ou comme suicide chronique, la prise de conscience de la composante mortifère va également s'accroître jusqu'à ce qu'un insight psychothérapique puisse décoder les symptômes.

La pulsion de Mort

Il est bien ambitieux d'aborder ce sujet dans notre discussion, mais comment ne pas le faire. Nous nous sommes en effet senti tout au long de notre réflexion forcé, contraint par un au delà du symtôme (suicide, toxicomanie), mais aussi au delà de sa signification (conduite auto-destructice, conduite auto-thérapeutique) qui ne peut renvoyer entre autres qu'à nos propres résistances. Nous allons tomber ici dans un champ personnel de réflexions qui ont peu de valeur scientifique, mais qui ne peuvent être cachées parce qu'étant une des principales motivations de ce travail.

La notion de pulsion de mort a été souvent associée évidemment au suicide, mais aussi à la toxicomanie (cf. première partie). Certes en débouchant sur cette notion nous découvrons notre besoin de rechercher une origine à ces conduites, FREUD ayant lui-même introduit la notion d'instinct dans cette perspective. Cependant si le Suicide est la représentation symptomalogique "idéale" de cette pulsion, qu'en est-il de la toxicomanie ?

Ce qui nous gêne est cette répétition auto-entretenue "trop" signifiante, répétition d'un acte, d'un désir pouvant aboutir à une mort réelle chez ces toxicomanes. S'agit-il d'un besoin de répétition au sens ou l'entendent les psychanalystes, qu'en est-il du signifié ?

Se droguer renvoit-il par la répétition des actes à la fonction d'insensibilisation du Moi à des affects désagréables dont parle FREUD dans Au delà du principe du plaisir où à un besoin de répétition beaucoup plus profond, l'un n'excluant pas l'autre.

NOTRE HYPOTHESE SERAIT ALORS QUE SE DROGUET PAR LA REPETITION DES ACTES A UNE FONCTION D'INSENSIBILISATION DU MOI A LA REPETITION INCONSCIENTE DES FANTASMES.

Mais quels fantasmes peuvent être aussi prégnants pour le Moi, aussi pulsionnels, aussi compulsionnels. Retenons les principaux fantasmes retrouvés de façon significative au cours des psychothérapies de nos sujets :

. L'absence de limite : absence de limite entre le réel et l'imaginaire, entre le produit qu'on injecte et son propre fonctionnement mental, entre l'aiguille, la seringue, et la relation sexuelle, entre l'orgasme et le flash, absence de limite en fait entre le corps érogène et le corps biologique qui comme le dit LECLAIRE (54) est l'équivalent de l'inceste. Mais en même temps se droguer est une tentative de créer des limites. C'est la drogue qui permet de jouer selon son propre désir et selon l'interdiction de celui des autres, de confondre le réel et l'imaginaire; c'est la drogue qui rend fou, c'est la drogue qui permet le plaisir, c'est la drogue qui crée l'orgasme, c'est

la drogue qui scinde ou réunit à sa guise le corps érogène et le corps biologique mais c'est la drogue qui limite parce qu'elle est réelle, ce qui évite aux sujets de sombrer dans le délire.

. L'accession à un plaisir supra-sexuelle : si le flash c'est l'orgasme, c'est aussi mieux que le plaisir hétéro-sexuel, le plaisir ne se prend pas avec un autre garçon ou une autre fille mais avec une partie de soi-même. Quand "on prend SON pied" en se droguant on ne prend pas celui d'un autre ou d'une autre. Mais à qui appartient-il ce "pied". Certes à soi-même mais le plaisir qui lui est dévolu, à celle qui le transforme, le représente fantasmatiquement, le crée : à la Mère.

Le père nous l'avons vu souvent est dans la toxicomanie Idéalisé, il perd sa fonction clivante entre la Mère et l'Enfant il n'interdit plus la fusion, l'illimité mais il ne la perd pas non plus totalement puisqu'il "existe" par le fonctionnement projectif, et peut être ainsi représenté par la drogue.

. Le fantasme d'inceste lui-même représenté et exprimé tel quel est constant dans le matériel psychothérapique et défoulé au cours des "trips" ou des planètes : c'est jouir sexuellement de la mère ou prendre le corps de la Mère comme objet sexuel, et non plus comme limite; comme le dit LECLAIRE : "Si on prend le corps de la mère comme objet, il s'évanouit comme limite", ceci pouvant se passer psychanalytiquement aussi bien pour le garçon que pour la fille; évidemment pas dans une sexualité évoquant le côït et renvoyant alors à un acte réel médico légal, mais comme objet de pulsion partielle, objet ommipotent, sadique, bon, mauvais, et tout ça à la fois, renvoyant alors aux pulsions et aux relations pré-génitales.

. Enfin ce fantasme d'être dans le ventre de la Mère lui faire un enfant qui serait soi-même qui ne naîtrait pas et qui serait immortel, tel que l'a déjà souligné OLIEVENSTEIN, est lui aussi central dans la vie fantasmatique de nos sujets, comme un point de fixation, comme un besoin d'abolition du contenant et du contenu, du début et de la fin, de la dualité et de l'unicité, comme un"quelque chose entre les deux", mais un quelque chose perceptible, sensible.

Nous voyons donc que nos sujets en se droguant se situent entre :

- Une tentative de ramener la matière vivante à un état de la matière non vivante, c'est-à-dire un inanimé avant la vie, une jouissance absolue, une réduction complète des besoins et

- une tentative de se créer des limites qu'ils ne retrouvent pas en eux, limite de la fonction de Mère dans le triangle Oedipien, la fonction paternelle étant défaillante ou projetée.

On comprend encore mieux le balancement entre la toxicomanie et le suicide chez nos sujets : le suicide renvoie soit à une tentative éperdue et épuisante de retrouver cet état de fusion, de jouissance absolue, d'état inanimé de réduction totale des tensions à l'émergence de la pulsion de mort, soit à la tentative ratée d'introduire une mère comme limite ou un Père symbolisé interdicteur castrateur et surmoïque, c'est-à-dire à l'émergence de l'Oedipe.

La toxicomanie renvoie à un "ENTRE DEUX" à ce que répète l'automatisme de répétition tel que l'interprète BARANDE (7) : "ce que répète l'automatisme de répétition ne peut être davantage l'évènement qui sépare ou bipartit l'unité première que la perte de l'objet complémentaire de l'unité. Selon nous, ce qui est répété tel que nous pouvons l'observer dans la situation analytique éprouvée comme réalisation incestueuse, serait le moment entre l'avant de l'unité et l'après de sa bipartition : celui de la constitution de cette unité, de la conjugaison qui l'établit. En d'autres termes, ce qui est répété est l'appel à la récréation de l'unité qui pour l'individu séparé de son complément ne peut être entendu que comme tentation incestueuse. Ainsi la répétition nous apparaît elle comme la recherche d'une récupération du sujet dans et par l'OBJET perdu pour une restauration de l'unité rompue, sa visée poursuit l'instant de la rencontre, le moment de la reconstitution grâce au double retrouvé, remodelant alors "l'être en deux" : soit l'assomption de l'inceste, à l'inverse du fantasme de fusion qui en est l'évitement qu'on le théorise ou non en terme de pulsion de mort".

Nous voyons alors en quoi la toxicomanie peut être entendue comme un en deça et un au delà de la pulsion de mort, cette dernière n'étant qu'un évitement de l'assomption de l'inceste et c'est en cela que nous pourrions dire que le geste suicidaire peut être un moyen de se défendre contre la conduite toxicomaniaque et non l'inverse.

Le décalage du symptôme va ainsi apparaître grâce à la prise de conscience progressive du désir mortifère. Cette prise de conscience ne pourra se faire que par un long cheminement plaçant le sujet face à la réalité et lui permettant progressivement de se sentir responsable de ses propres affects, mais en même temps en y décelant toute la fragilité de son fonctionnement mental. Insensibilisant son Moi, soumis à des affects désagréables, par la drogue et n'y réussissant pas, il va alors découvrir ce qui sous tend les affects, c'est-à-dire la répétition des fantasmes centrés sur l'inceste, ou en d'autres termes sur la Mère prise comme objet de pulsions partielles et non comme limite. Cette "position incestueuse" du toxicomane à laquelle il ne peut accéder sans la drogue n'est qu'une

tentation qu'un appel à la récréation de l'unité automatiquement répétée tant qu'il vivra, le suicide peut l'en sortir par le besoin de fusion (renvoyant à la pulsion de mort) ou le désir de triangulation (renvoyant à l'Oedipe).

TROISIEME PARTIE

D E D U C T I O N S

T H E R A P E U T I Q U E S

Nous avons vu tout au long de ce travail combien il serait vain de s'arrêter aux symptômes, si l'on désir aider les sujets qui se suicident et qui se droguent.

Plusieurs moyens sont à notre disposition :

- Réprimer ou punir et ainsi favoriser la constitution d'une loi, d'un interdit tout extériosé, sur lesquels vont être projetées les pulsions agressives; mais alors l'action ne sera que transitoire et même néfaste pouvant déboucher sur la decompensation psychotique ou le suicide, ou favoriser plus subtilement cette recherche de limite auquel s'oppose intérieurement l'automatisme de répétition. Tout cela donc nous l'avons vu peut être nécessaire dans l'instant, mais est vain dans le déroulement du temps, nous le comprenons maintenant plus facilement.

- Faire connaître que tout adulte étranger n'est pas nécessairement dangereux est le premier pas vers la remise en cause de l'excès d'investissement narcissique, vers la possibilité d'introjecter un bon objet substitut de la drogue, et d'instituer des relations nouvelles, pouvant même être une relation quasi fusionnelle. Mais on ne peut en rester là, le sujet allant continuellement d'un personnage non dangereux à un personnage dangereux qu'il peut très facilement retrouver.

- Séduire, relation où le thérapeute séducteur permet au Moi du sujet de trouver de nouvelles modalités de plaisir et aussi de renforcer son Surmoi, conséquence inévitable comme le dit DIATKINE de telles attitudes, est possible. Mais là encore ce ne peut être qu'une étape trouvant "ses limites dans la prévalence des processus répétitifs" (DIATKINE), les risques étant :

. Soit de remplacer une dépendance au produit par une dépendance au toxicothérapeute, source de culpabilité, et ainsi une tentative d'échapper à l'accession à une position dépressive dans le déni maniaque,

. Soit de préconiser un non interventionnisme systématique dans une idéalisation du contact témoignant de la démesure de l'Idéal du Moi,

. Soit enfin de s'offrir à ces sujets comme objets d'identification primaire et non secondaire (je te ressemble et non : tu peux me ressembler).

Cela veut-il dire qu'il n'y a rien à faire ce qui serait une autre manière de reconnaître à la drogue sa toute puissance.

- Une autre tentation est de proposer les TECHNIQUES aussi bien chimiothérapiques, institutionnelles que psychothérapiques permettant ainsi d'éviter la RELATION thérapeutique dont les obstacles sont nombreux : l'absence de demande apparente, l'image que se fait le toxicomane du médecin qui appartient au système et donc forcément contre le fait de se droguer, l'image que se fait le médecin du toxicomane qui est un menteur, un manipulateur responsable de ses actes, enfin le jeu que fait le toxicomane en mettant sans cesse en balance sa mort et son désir de guérir mettant à rude épreuve les propres compromissions du thérapeuthe et risquant d'entraîner le cycle répétitif de type : acceptation-rejet.

Ainsi quelques soient les propositions faites précédemment nous nous heurtons au processus répétitif dont nous avons souligné l'importance. Que faire alors ?

A partir de cette étude nous pensons qu'il est possible de transformer chez nos sujets ce processus répétitif en processus psychanalytique, ceci à deux conditions :

- Etablir un pré-transfert par une élaboration préalable

- Ne pas se fixer à un aspect formel de la relation psychanalytique.

Etablir un pré-transfert par une élaboration préalable nécessite comme pour toute entreprise humaine une espérience personnelle ((ici de la drogue et/ou de la rencontre avec la drogue) et une certaine disponibilité. Un certain nombre de points peuvent être retenus à cet effet :

. Résister à son propre désir d'imposer une frustration nécessaire TOUT DE SUITE devant la demande de soins initiale qui est dans l'instant et dans l'acte.

. Utiliser les différents moyens cités plus haut dans des moments et dans des lieux pouvant être différents (interdiction, contact, séduction, technique) à condition de ne pas être figé, d'accepter des allers-retours, les ruptures, les rejets, les déplacements sur d'autres thérapeutes, mais en même temps de conserver le repère d'une relation privilégiée continue personnalisée et d'introduire le niveau de l'interprétation de ce qui est fait et de ce qui est dit, ce qui nécessite que l'on accepte son propre manque et sa propre dépression.

. Enfin répondre à toute demande d'idée, d'activité, d'affect signifiant un désir de recherche ou de création favorisant la sublimation de l'investissement narcissique.

Ainsi on peut passer d'une disponibilité bienveillante "pré-transférentielle" à une bienveillance neutralité transférentielle.

La relation psychanalytique

Il est évident qu'entreprendre une psychanalyse dans la situation angoissante du silence et frustrante du divan n'est possible que pour un nombre restreint de nos sujets (trois dans nos cas). Cependant la seule possibilité de mobiliser en profondeur le fonctionnement mental de nos toxicomanes suicidaires est de transformer leur processus répétitif en un processus psychanalytique par le développement d'une relation transférentielle où les mécanismes de projection et d'identification peuvent être interprétés. Pour cela il suffit de ne pas confondre historicité et temporalité. Nous avons vu combien l'historicité de nos sujets était importante que d'adolescents dépressifs, ils allaient devenir toxicomanes et que de toxicomanes ils allaient devenir "toxicomanes suicidaires" ou toxicomanes et suicidaires", chaque expérience suivante supposant une étape antérieure; mais, nous avons également vu que peu à peu allait se dégager le contenu latent de leur fonctionnement mental, laissant apparaître une histoire différente de l'histoire manifeste, la prédominance d'un processus répétitif centré sur l'assomption de l'inceste et dont la caractéristique fondamentale était l'intemporalité.

Il nous semble donc nécessaire pour la réussite d'une entreprise thérapeutique de tenir compte de leur historicité, c'est-à-dire comme le dit DIATKINE de la recherche de continuité de leur self et de leur objet, d'autant que c'est de celle-ci qu'il est question et de l'intemporalité de leur inconscient.

La relation psychanalytique ne peut pas aussi reposer sur un aspect formel utilisé et confirmé ailleurs, où l'historicité a peut être moins d'importance, mais découvrir ici un procédé pratique mobile tenant compte de cette construction de l'identité du toxicomane, répondant alors pour une grande part à l'intuition du thérapeute.

La relation psychanalytique doit ainsi être souple dans sa forme, constamment remise en cause par le contre transfert que ces sujets appellent et mettre perpétuellement en balance la continuité hésitante de leur histoire et la délicate continuité de la relation transférentielle dont le but est de transformer intemporellement le processus répétitif en un processus psychanalytique.

Il sera ici nécessaire contrairement à la phase précédente que ce soit le même thérapeute, qui vive cette relation. Il est difficile de dire s'il doit être différent de celui ou de ceux qui ont élaboré un pré-transfert. Tout est ici à notre avis cas particulier, le manque de recul en ce domaine ne pouvant justifier aucune position doctrinale, nous pencherions cependant plutôt pour la différence.

Ainsi deux étapes semblent nécessaires pour établir un processus dynamique relationnel entre nos sujets et leurs thérapeutes. Elles ne sont pas équivalentes selon le moment où s'établit un "accrochage" thérapeutique. Si durant la "lune de miel" aucune demande n'est envisageable, dans la période antérieure, la relation psychanalytique tenant alors compte du processus de l'adolescence sera d'autant plus rapidement envisageable que l'histoire symptomatique en sera à ses débuts; par contre dans la période succédant à cette lune de miel la ou les relations pré-transférentielles précédant la relation psychanalytique seront beaucoup plus difficiles et beaucoup plus longues. Cela nous ferait volontiers dire que le traitement de la toxicomanie et du suicide arrive toujours trop tard; nos sujets en arrivent là parce qu'il s'agit du dernier recours pour faire signe aux autres, c'est dans leur enfance et dans leur pré-adolescence que l'on peut efficacement aider à condition d'être attentif aux signes de déresse qu'ils nous adressent (ceci sera l'objet d'un autre travail).

C O N C L U S I O N S

Après avoir constaté que les "Toxicomanies jévéniles" et les "Suicides" rentrent dans le cadre de la crise contemporaine de la jeunesse et que la multiplicité des possibilités d'approches, politiques, économiques, sociologiques, médico-psychologiques et psychanalytiques n'est pas faite pour simplifier le problème, nous avons étudié à partir de sujets polytoxicomanes et suicidants l'association de leurs symptômes et leurs significations réciproques.

A partir des données objectives recueillies nous avons souligné :

. La rareté des tentatives de suicide sous l'effet de la drogue.

. La fréquence modérée des gestes suicidaires par overdose

. Le nombre limité de suicide décès

. La possibilité de distinguer de façon descriptive quatre périodes dans l'histoire du toxicomane suicidant en ce qui concerne la relation entre son geste suicidaire et sa conduite toxicomaniaque.

Ensuite, en ce qui concerne le diagnostic nosographique nous nous sommes heurtés à un certain nombre de difficultés dues en partie à notre méthodologie. Quoiqu'il en soit trois constantes peuvent être notées :

. La rareté d'états psychopathologiques chroniques francs, névrotiques ou psychotiques

. La fréquence d'une biographie psychopathique précédant ou concommitante au début de la symptomatologie qui nous intéresse.

. Les deux disgnostics les plus fréquemment cités sont le syndrome borderline comme le témoigne la possibilité d'épisodes psychotiques de courte durée et la psychopathie, mais ici interviennent déjà les références psychodynamiques.

Quoiqu'il en soit au point de vue nosographique la variabilité de la symptomatologie et l'instabilité défensive posent le problème d'envisager la Toxicomanie et le Suicide comme deux manifestations d'une même structure.

Par contre l'approche psycho-dynamique a permis de souligner un certain nombre de relations priviligiées dans le vécu de nos sujets :

. Relation avec l'Agi où l'acte suicide et l'acte toxicomaniaque après avoir eu une fonction souvent identique se différencie profondément après la lune de miel toxicomaniaque.

. Relation avec la Loi faisant apparaître le balancement possible entre la perversion - toxicomanie et la dépression - suicide à partir de la fonction idéalisé ou symbolisé du Père ou de son représentant.

. Relation avec le corps où si initialement les difficultés sont à rattacher aux troubles du schéma corporel de l'adolescent, elles apparaîssent ensuite dans un discours en "double bind" avec l'Autre en ce qui concerne cette fixité du lieu de l'affect différent pour l'éprouvé toxicomaniaque et pour l'éprouvé suicidaire.

Ainsi là encore, nous avons l'impression que la conduite toxicomaniaque et le geste suicidaire peuvent avoir des fonctions à la fois semblables et différentes et que ces ressemblances et ces différences dépendent du stade de pharmacodépendance et de la façon dont il est vécu.

Cette historicité du toxicomanie suicidant va apparaître plus clairement en ce qui concerne la relation entre ces deux symptomes et la dépression. Ici peuvent être schématiquement distingué trois périodes :

. Celle où nos sujets peuvent être comparés à des adolescents dépressifs dont le "deuil" est cliniquement raté recouvrant les deux premières périodes envisagées précédemment.

. Celle où nos sujets vont devenir des toxicomanes dépressifs qui peut être elle-même subdivisée en deux étapes :

- La lune de miel toxicomaniaque durant laquelle nos sujets ne commettront jamais de gestes suicidaires et durant laquelle pleinement satisfait de leur appétence, ils n'exprimeront aucune demande de soins. Cette étape répond à notre avis à une double exigence, le gain économique de la Toxicomanie par rapport au Suicide, la lutte contre la dépression (la drogue permettant d'utiliser un certain nombre de mécanismes de défense du fonctionnement mental habituellement destinés à lutter contre la dépression rappelant ceux de la défense maniaque) mais tôt ou tard par le fait même que cette construction est artificielle fait suite la seconde étape :

- La discontinuité et le choix nécessitant une perte d'objet réapparaît. Deux possibilités psychodynamiques vont alors s'offrir à nos sujets : le cycle centré sur la problématique dépressive si ce n'est mélancolique du sujet et la rupture permettant un clivage du sujet en un Moi drogue et un Moi non drogue.

Ceci débouche sur une recherche perpétuelle de la réduction des tensions donnant l'impression d'un "moindre mal" dans le "choix" du symptôme toxicomaniaque ou suicidaire.

Enfin dans la relation avec la Mort nous avons reconnu là encore les trois étapes précédemment citées : l'acte toxicomane ou suicidaire initialement intellectualisé en ce qui concerne sa composante mortifère va, après la lune de miel durant laquelle cette composante a disparu du discours, resurgir de façon beaucoup plus instinctuelle soulevant le problème de la pulsion de mort. Ici hypothétiquement nous avons distingué la Toxicomanie ayant une fonction d'insensibilisation, du Moi à la répitition inconsciente des fantasmes centrés sur l'assomption de l'inceste tel que le décrit BARANDE et le Suicide pouvant l'en sortir soit par le besoin de fusion (renvoyant à la pulsion de mort) soit par le désir de triangulation (renvoyant à l'oedipe).

Cette recherche nous a permis de vérifier le bien fondé des hypothèses de départ :

- Chez une même personnalité les conduites toxicomaniaques et suicidaires ont bien des "significations" à la fois semblables et différentes.

- Ces ressemblances et ses différences sont en relation étroites avec l'historicité du sujet. Volontiers semblables initialement ces conduites deviennent de plus en plus différentes.

- Enfin l'association de ces deux symptômes permet de dégager des relations psychodynamiques "privilégiées" avec l'Agi, la Loi, le Corps, la Dépression et la Mort

Quant à la conduite à tenir, nous pensons qu'elle varie selon la demande du sujet où le moment qu'il a choisi pour la formuler et qu'elle peut se faire en deux étapes : établir un pré-transfert en utilisant différents moyens dans des moments et des lieux pouvant être différents, pour passer d'une disponibilité bienveillante à une bienveillante neutralité dans une relation transférentielle, cheminant ainsi d'un processus répétitif vers un processus psychanalytique.

B I B L I O G R A P H I E

1.- A'BROOK MF. HAILSTONE JD. MAC LAUGHLAN IE.
Psychiatric illness in the medical profession
Brit. J. Psychiat
113, 1013 - 23 (Sep 67)

2.- BAILLY SALIN P. ZACKLAD M. MATHE A. KRIEF J. SAMPERI F. BONNET C1
DEBACHE E.D.. HOUSSE J. MULLER M. et LEWKOWICZ M.
Amours, délices et drogues. Quelques considérations sur le corps, la relation érotique et l'ascèse nirvanique sous l'influence toxicomaniaque.
An medico-psychol . TME II N° I, 120 - 125 (1970)

3.- BAILLY SALIN P.
Place du désir chez le toxicomane. Communication personnelle Colloque international sur les toxicomanies - Paris 1971 -

4.- BAILLY SALIN P. ZACKLAD ME. et KRIEF J.
Alcoolisme et libido
Confrontations pqychiatriques n° 8 - 1972, 83 - 93

5.- BAKER A A.
Hospital admissions due to lysergic-acid diethylamide
Lancet. I, 714 - 5 (4 April 70)

6.- BALIN RK. WRIGHT RE. WILKINSON MN. LINDNER CK.
Survey of suicide among patients on home leave from a mental hospital.
Psychiat quart 42, 81 - 9 (1968)

7.- BARANDE R.
La pulsion de mort comme non transgression.
Rev. Franc. Psychanal. TME 32, N° 3, 465 - 502 (1968)

8.- BATTEGAY R.
Investigations on the origin and development of drug dependance
S. Afr. Med. J. 44, 289 - 93 (7 mar. 70)

9.- GRUNBERGER B.
Le narcissisme
(Payot, PARIS 1971)

10.- BERGERET J.
Les états limites
EMC Psychiatrie - Tome II, 3, 37 395 A 10-, 1-3 (1970)

11.- BLACHLY P. DISHER W. and RODUNER G.
Suicide by physicians
Bulletin of suicidology 8 - 18 (December I968)

12.- BRACONNIER A. OLIEVENSTEIN CS.
Défonce, bouleversement et ambiguité
Ann. Medic. Psychol. TME II N° 4, p 515 - 518 (1972)

13.- BRACONNIER A. et OLIEVENSTEIN CS.
Approche medico-psychologique du toxicomane
Le concours médical N° 6, 997 - 1006 (1973)

14.- BRAUNSCHWEIG D. LEBOVICI S et VAN THIEL GODFRIND J.
La psychopathie chez l'enfant
La psychiatrie de l'enfant, VOL I2, N°1, 5 - 106 (1969)

15.- BUGLASS D. MACCULLOCH JW.
Further suicidal behaviour - The development and validation of predictive scales.
Brit. J. Psychiat.
116, 483 - 91. (May 70.)

16.- CAILLOIS R.
Communication sur la mort. Société de Thanatologie
Bulletin de la Société (1971)

17.- CAROLI F.
A propos de deux types de conduites d'auto-destruction : abus de drogue et suicide. Thèse Paris (1972)

18.- CHAMBERS CD. BRILL L.
Some considerations for the treatment of non-narcotic abusers.
Ind. Med. Surg 40, 29 - 38 (Apr 71)

19.- COCKETT R.
Drug abuse and personality in young offenders
Adv. Sci, 28, 154, 1 - 24 (1971)

20.- COLONNA L.
Toxicomanies et conduites suicidaires
La revue du Prat. TME 21, N° 7, 1087 (1971)

21.- COURCHET JL.
Le suicide : essai d'étude psychanalytique
L'évolution psychiatrique TME 111, 467 - 484 (1955)

22.- DE MIJOLLA A et SHENTOUB SA.
Repères théoriques et place de l'alcoolisme dans l'oeuvre de Freud.
Revue franc. psychanal. TME 36, N° 1, 43 - 82 (1972)

23.- DENIKER P.
Communications au 12° colloque de médecine de France (1971)

24.- DENIKER P et HANUS M.
Personnalité et motivations des toxicomanes.
Revue du Praticien, TME 21, N° 7 p. 1063 - 1076 (1971)

24 Bis.- DESHAYES G.
Psychologie du suicide
(PUF, Paris, 1947)

25.- DEUTSCH M.
Zur Psychologie der manisch-depressives sustande,
Int. Zeitschrift f. Pas (1933)

26.- DIATKINE R et SIMON J.
La psychanalyse précoce
(PUF Paris 1972)

27.- DUCHE DJ.
Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent
La psychiatrie de l'enfant vol 7, N° 1, P.1-114 (1964)

28.- HAIM A.
Les suicides d'adolescents
(Payot, Paris 1970)

29.- EDWARDS JE. WITLOCK FA.
Suicide and attemted suicide in Brisbane. 2.
Med J Aust. 1, 989 - 95 (8 JUN 68)

30.- ENTRETIENS DE RUEIL
Ivresse chimique et crise de civilisation
Laboratoire Sandor - Paris 1970 -

31.- ERIKSON EH.
Adolescence et crise
Flammarion, Paris, (1972)

32.- ESCOFFIER LAMBIOTTE C
Article personnel, Journal "LE MONDE" Paris Janvier 1971

33.- FARNSWORTH DL
College mental health and social change
Ann. Intern. Med. 73, 467 - 73 (Sep 70)

34.- FAU R. CHATAIN R et MACHU M.
Le suicide chez l'adolescent.
A propos de 23 observations médico-psychologiques.
Ann. Med. Psychol. TME I, N° 1, 1 - 20 (1965)

35.- FEDERN P.
Ego psychology and the Psychoses, Chap 14
Manic-depressive Psychosis (London, imago, 1955)

36.- FENICHEL O.
Théorie psychanalytique des névroses
Traduct M. Schlumberger (PUF Paris, 1953)

37.- FOUCHET A.
Drogues, Société, Espèce Humaine, Article personnel
(1972) A paraître.

38.- FOURNIER PE.
Les conduites auto-destructices du jeune.
Rev Neuropsy inf, Vol 20, N° 6 - 7, 521 - 549 (1972)

38 Bis.- FREEDMAN DX.
Médicaments et culture, Tr angle, Vol XII, N° 1,
1 - 6 (1972)

39.- FREUD S.
The standard edition of the complete psychological
works of Sigmund FREUD
(London, The HOgarth Press, 1955)

40.- GAMMS
Post graduat psychanalytic seminar at the chicago
Institute in Grinker R, 13 - 14.
The Borderline syndrome
(NEW YORK Basic Books, 1968)

41.- GARDNER R.
Deaths in united kingdom opioid users 1965 - 69
Lancet 2, 650 - 3 (26 sep. 70)

41 Bis.- GAULTIER M. CONSO-POLAY-PEYROULA F. PIVA C.
Problèmes posés au toxicologue I - Suicide et toxicomanie
Therapie Tome 27, n° 2, 261 - 272 (1972)

42.- GLOVER E.
On the etiology of drug addiction
Int, J. psych Anal, vol 13, 298 - 330 (1932)

43.- GLOVER E.
The birth of the Ego
(G Allen Unwin Itd London 1968)

44.- GORCEIX A. ZIMBACCA N. FOURNIER E. et PIVA C.
Contribution médico-psychologique à la compréhension des jeunes toxicomanes.
Ann Med Psychol TME II, N° 1, 126 - 135 (1970)

45.- GORCEIX A.
Le corps, le temps, la mort dans la toxicomanie et le suicide
Med leg et dommage corp. Vol 4, 229 (1971)

46.- GRESSOT M.
L'idée de composante psychotique dans les cas limites accessibles à la psychothérapie
Encéphale vol 4, 290 - 304 (1960)

47.- GRIMALDI N.
Le désir et le temps
(P.U.F., Paris 1971)

48.- GRINKER R.
The borderline syndrome
(New York Basic Books, 1968)

49.- HAIM
Les suicides d'adolescents
(Payot, Paris 1970)

50.- HANUS M.
Drogues et drogués
(Bordas, Paris 1971)

50 Bis.- JAMES P.
Self poisoning with drugs. A view frim a general medical unit (Eng) Practitioner 202, 73 - 8 (Jul 69)

51.- KAPPELMAN MM.
The adolescent and his dangers. Key areas of adolescent rebellion often become the pediatricians's problem
Clinic. Pediat. (phila) 10, 154 - 9 (Mar 71)

52.- KIELHOLTZ A.
Trunksucht und Psychanalyse
Schweiz. Archiv Neur Psych, 16, 28 (1925)

53.- LEBOVICI S.
Quelques réflexions sur l'utilisation des drogues par les adolescents.
Inform. psych 47, 7, 591 - 596 (1971)

54.- LECLAIRE S.
Communication personnelle
Seminaire Vincennes (1969)

55.- LOO H.
Toxicomanies actuelles
Thèse (Paris 1970)

56.- MACINTIRE MS. ANGLE CR.
The taxonomy of suicide as seen in poison control centers.
Pediat. clin. Amer.
17, 687 - 706 (Aug 70)

57.- MALE P.
Psychothérapie de l'adolescent
(P. U. F., PARIS 1964)

58.- MALE P.
Quelques aspects de la psychopatologie et de la psychothérapie à l'adolescence.
Confrontations psychiatriques N° 7, 103 - 124 (1971)

59.- MARIS RW.
Deviance as therapy - the paradox of the self - destructive female
J. Health. Soc. Behav. 12, 113 - 24 (Jun 71)

60.- MASTERSON J.F.
Diagnostic et traitement du syndrome "borderline" chez les adolescents
Confrontations psychiatriques n° 7, 125 - 136 (1971)

61.- MILNER E.
Le plaisir et le toxicomane
Esprit n° 10, 437 - 441 (1971)

62.- NATCHT S.
Le masochisme
(Payot, Paris, 1965)

63.- OLIEVENSTEIN C.
La drogue (Editions Universitaires, Paris 1970)

64.- OLIEVENSTEIN CS.
Les conduites auto-destructives du jeune
Rev Neuropsy inf, vol 20, N° 6 - 7, 521 - 549 (1972)

65.- OLIEVENSTEIN CS.
Le toxicomane et le plaisir. Communication personnelle
Colloque international sur les toxicomanies
Paris (sept 1971)

66.- OLIEVENSTEIN CS.
Le toxicomane et le plaisir
Esprit n° 10, p 442 - 444 (1971)

67.- OLIEVENSTEIN CS.
Portrait psychologique du toxicomane
Esprit n° 10, p 442 - 444 (1971)

68.- OLIEVENSTEIN CS.
Le toxicomane et le psychanalyste
Esprit, n° 414, 885 - 889 (1972)

69.- OSBERG FG
The addicted physician - A ray of hope
Rocky Mountain Med. J. 68, 24 - 7 (Juin 71)

70.- PENOT B.
La dépression chez l'enfant
(Thèse Paris 1971)

71.- PECK ML. SCHRUT A.
Suicidal behavior among college students
HSMHA Health Rep. 86, 149 - 56 (feb 1971)

72.- PICHOT P.
Présidence de la quatrième réunion du groupement d'études et de prévention du suicide. Communication personnelle.
Mythe ou réalité. Bruxelles (mai 1972)

73.- PICHOT P.
Positions séméiologiques et nosographiques
Ann. Intern. de criminologie, 2° semestre,
419 - 425 (1963)

74.- PIERCE JAMES I.
Suicide and mortality amongst heroin addicts in britain
Brit J Addict 62, 391 - 8 (Dec 67)

75.- POND DA.
Suicide among college students
Amer J psychiat 126, 230 - 5 (Aug 69)

76.- POROT M. COUDERT A. et COLLET M.
Les conduites suicidaires des adolescents
La psychiaterie de l'enfant, vol 11, N° 2, 316-369 (1968)

77.- PREGO SILVA
Traduction de Dr N- Beaufils
Notes sur le traitement de la psychopathie
La psychiatrie de l'enfant VOL 14, N° 2, 546-552 (1971)

78.- RADO S.
The psychic effects of intoxicants
Int J. Psycho anal vol 7, N° 34, p. 396 - 413 (1926)

79.- RETTERSTOL N. and SUND A.
Drug addiction and habituation
Acta psychiat scand - suppl 179 (1964)

80.- ROSENBERG CM.
Young drug addicts-addiction and its consequences.
Med J Aust 1, 1031 - 3 (15 JUN 68)

81.- ROSENFELD H.
De la toxicomanie
Revue Française de psychanalyse XXV 4 - 5 - 6, 885-889 (1961)

82.- ROSOLATO G.
Etude des perversions sexuelles à partir du fétichisme, le désir et la perversion.
(Seuil Paris 1967)

83.- SANBORN DE III, CASEY TM, NISWANDER GD.
Drug abusers, suicide attempters, and the MMPI
Dis. Nerv. Syst. 32, 183 - 187 (mars 71)

84.- ROSS M.
Suicide among college students.
Amer J Psychiat 126, 220 - 5 (Aug 69)

85.- SAPIRA JD. BALL JC. PENN
Cause of death among institutionalized narcotic addicts.
J. chronic. Dis. 22, 733 - 42 (Apr 70)

86.- SIMMEL E.
Alcoholism and addiction
Year book of psychanalysis, 5 (1949)

87.- SMART RG. BATEMAN K.
Unfavourable reactions to LSD - a review and analysis of the available cause reports
Canad med ass J, 96, 1214 - 21 (11 nov 67)

88.- SOUBRIER J.P.
Les conduites auto-destructrices
Rev Neuropsy inf. Vol 20, N° 6 - 7, 521 - 549 (1972)

89.- VINCENT MO
Doctor and Mrs : Their Mental health
Canad psychiat ass J 14, 509 - 15 (oct 69)

T A B L E D E S M A T I E R E S

INTRODUCTION 1

PREMIERE PARTIE 3

Situation du problème, méthode, hypothèse 4

1 - Situation du problème 4

Premier domaine : politique, économique, psychosociologique .. 4

Second domaine : médico-psychologique 6

Troisième domaine : psychanalytique 11

Commentaires 14

2 - Méthodologie 17

3 - Hypothèses 18

4 - Conclusion 19

DEUXIEME PARTIE 20

1 - Les cas cliniques 21

2 - Synthèse 72

Evaluation des données objectives 72

Difficulté d'un diagnostic nosographique 75

3 - Approche psychodynamique 80

Relation avec l'Agi, la Loi et le Corps 80

Dépressions, Toxicomanies et suicides..... 88

Relation avec la Mort 102

TROISIEME PARTIE

Déductions thérapeutiques 108

Conclusions 113

Bibliographie 118

-:-:-:-:-:-:-